LA SANTÉ MENTALE

des Enfants et des Adolescents

Vers une approche plus globale

Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes

Québec

LA SANTÉ MENTALE

des Enfants et des Adolescents

Vers une approche plus globale

LA SANTÉ MENTALE

des Enfants et des Adolescents

Vers une approche plus globale

Québec

Cette édition a été produite
par la Direction générale
des publications gouvernementales

Dépôt légal — 3e trimestre 1985
Bibliothèque nationale de Québec
ISBN 2-551-09092-X
© Gouvernement du Québec

Table des matières

Note au lecteur XI

Remerciements XV

1. Introduction 1

2. Que faut-il entendre par la santé mentale des jeunes ? 3

3. L'ampleur des problèmes de santé mentale des jeunes 7

4. Les facteurs qui conditionnent ou influencent la qualité de la santé mentale 9

Le jeu des forces qui conditionnent le développement de la personnalité et la qualité de la santé mentale 10

La compétence 11

La compétence et le fonctionnement quotidien 14

La compétence et les crises de la vie 17

La compétence chez les enfants 18

La compétence à résoudre les problèmes 20

La compétence de certains individus dits invulnérables 22

Le développement de la compétence des individus 23

La compétence parentale 25

Les facteurs de risque et de vulnérabilité 27

Les notions de risque et de vulnérabilité 27

Les catégories de facteurs de risque 28

- Facteurs génétiques 28
- Facteurs constitutionnels 30
- Facteurs périnataux 33
- Facteurs environnementaux 35
  - les milieux institutionnels 36
  - les environnements familiaux 39
- Le contexte socio-économique 47

- Facteurs de situation 49
- Facteurs de développement 52
- Les variables de la personnalité 53

Mode d'action des facteurs de risque 54
- Modèle cumulatif 54
- Modèle interactif 55
- Modèle écologique 57

Conclusion 60

5. Les ressources du Québec pour répondre aux besoins de santé mentale des jeunes 63

Le réseau des affaires sociales 64

Considérations générales 64

Le réseau de la santé 67

Le secteur général de la santé 68
- Les médecins non-psychiatres et la santé mentale des jeunes au Québec 69
- La pédiatrie et la santé mentale des jeunes 73

Le secteur spécialisé de la santé mentale 76
- La clientèle des services pédopsychiatriques 76
- Les fondements théoriques de l'activité professionnelle 79
- Les services offerts par les équipes de psychiatrie infantile et juvénile 80
  - Services directs à l'enfant et à la famille 80
  - Services indirects à l'enfant et à la famille 81
- La participation à une approche globale de la santé mentale des jeunes 83

Le réseau des services sociaux 83

Introduction 83

Le réseau des services sociaux 85

Situation générale des services sociaux aux enfants 86
- Évolution de la situation 86
- Motifs de demande de services 88
- Évolution de la pratique 89

Les enfants en besoin de protection 89

Les jeunes contrevenants 94

Les enfants mésadaptés socio-affectifs 98

Jeunes mères en difficulté d'adaptation **100**
Les enfants handicapés **104**
Les groupes minoritaires **106**
• Les groupes autochtones **106**
• Les minorités culturelles **108**
Conclusion **111**
Les centres locaux de services communautaires **111**
Les rôles et fonctions des C.L.S.C. **111**
• Les programmes spécifiques **113**
• Les groupes prioritaires **113**
• Mise à jour de la mission des C.L.S.C. **114**
• Les ressources des C.L.S.C. **115**
Les programmes des C.L.S.C. à l'intention des jeunes **116**
• Les programmes curatifs ou cliniques **116**
• Les services préventifs **116**
– la périnatalité **116**
– les programmes à l'intention des 0-5 ans **117**
– les programmes de santé scolaire **118**
– les programmes – jeunesse **118**
– le maintien à domicile **119**
L'origine des programmes **119**
Ministère des Affaires sociales **119**
Responsabilité locale **120**
Perspectives: à court, à moyen et à long termes **122**
Remarques sur le réseau des affaires sociales **123**
Le réseau de l'éducation **124**
Les objectifs de l'école **125**
Les services **125**
• Les régimes pédagogiques **125**
• Le réseau des Affaires sociales et l'école **127**
• La santé mentale dans le programme d'enseignement **128**
Situations critiques en santé mentale **128**
• Absentéisme, abandon scolaire et insertion sociale et professionnelle **129**
• La population scolaire des milieux défavorisés **130**
• L'échec scolaire **130**
• Les enfants dits en difficulté **131**

- Les élèves allophones 132
- La consommation des drogues 134
- La délinquance 136
- Les enfants en besoin de protection 138
- Le suicide des jeunes 139

Pour la promotion de la santé mentale: une école de qualité 139

D'autres éléments de grande importance pour soutenir et protéger la santé psychique des jeunes 143

L'appréciation de la situation selon les organismes du milieu 145

6. Considérations générales pour une approche préventive de la santé mentale des jeunes 149

La place de la prévention dans l'approche de la santé mentale 149

Définition de la prévention 149

Les préoccupations de la prévention 149

L'action de la prévention 150

Pour favoriser le développement de l'approche préventive: quelques considérations 153

7. Des réalisations et des pistes vers une approche plus globale de la santé mentale des jeunes Québécois 155

Des programmes de prévention dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée 155

Des exemples du milieu québécois 169

Des programmes axés sur le développement de la compétence parentale 170

La maison des parents 172

L'Association action-plus Farnham 174

L'intégration de la dimension santé mentale et qualité de vie dans l'intervention en périnatalité 176

L'entraide maternelle dans le programme de périnatalité du C.L.S.C. Richelieu 181

Informer les enfants pour prévenir les agressions sexuelles 183

L'approche écologique 184

La concertation **187**

L'intervention de réseau **190**

Les centres de services sociaux et l'approche collective **192**

Les maisons de jeunes **194**

Prendre ses responsabilités face à la drogue **196**

L'école : carrefour de générations ou s'aider en aidant **198**

Pour former les pédiatres à une approche plus globale de la santé de l'enfant **200**

8. Des orientations souhaitables pour notre milieu **203**

1. Les modalités d'intervention préventive **203**
2. Les conditions de base pour favoriser la prévention **204**
3. La santé mentale des jeunes de 0-5 ans **212**
4. Les enfants hospitalisés **218**
5. Une philosophie d'action axée sur les aspects positifs de la santé mentale **221**
6. Le rôle primordial des parents **221**
7. Une approche écologique face aux besoins de santé mentale des adolescents **223**
8. L'évolution des services des réseaux **226**
9. Le rôle important des média en rapport avec la santé mentale des jeunes **229**
10. La prévention en santé mentale vs les soins curatifs **229**

Bibliographie **231**

Liste des remerciements **245**

Note au lecteur

Le Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) s'est souvent exprimé sur des questions relatives à la santé mentale des jeunes. Les Avis qu'il a présentés sur les conditions de détention des jeunes en centres d'accueil[1-2], sur les garderies[3], sur les enfants placés[4], sur l'autisme et les autres psychopathologies graves de l'enfance[5] le démontrent bien, comme le font aussi d'autres Avis qu'il a soumis sur la prévention dans le domaine de la santé mentale[6], sur la stérilisation et la déficience mentale[7], sur la prévention du suicide[8], qui concernaient tous les jeunes.

Le Comité est heureux aujourd'hui de présenter un autre Avis. Il l'est d'autant plus que la sortie de ce document survient au cours de l'année internationale de la jeunesse, ce qui lui permet de souligner en quelque sorte l'importance et le bien-fondé de cet événement et de participer à son déroulement. Il l'est d'autant plus aussi qu'il a conscience, en déposant cet autre document, qu'il procure aux Québécois un outil pouvant faciliter le développement de leur politique de santé mentale. Il convient, en effet, qu'une telle politique réserve une place de choix à la prévention et que l'effort de prévention prévu par cette politique s'adresse d'une façon particulière à la jeune population.

---

1 Comité de la santé mentale du Québec, *Les conditions de détention des jeunes en centres d'accueil de transition et de réadaptation de type sécuritaire. Premier avis*, Montréal, août 1978, 39 pages (annexe et tableaux inclus).

2 Id., *Deuxième avis sur les conditions de détention des jeunes en centres d'accueil*, Québec, ministère des Affaires sociales, septembre 1979, 9 pages.

3 Id., *Impact des garderies sur les jeunes enfants. Où va le Québec? Avis sur les services de garde*, gouvernement du Québec, juillet 1981, 102 pages (annexes incluses).

4 Id., *Avis sur les enfants placés*, gouvernement du Québec, juillet 1981, 72 pages.

5 Id., *Avis sur l'autisme et les autres psychopathologies graves de l'enfance*, gouvernement du Québec, novembre 1981, 198 pages (annexes incluses).

6 Id., *La prévention dans le domaine de la santé mentale*, Québec, ministère des Affaires sociales, septembre 1973, 66 pages.

7 Id., *Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la stérilisation et la déficience mentale*, Québec, ministère des Affaires sociales, mars 1980, 484 pages (annexes incluses).

8 Id., *Prévenir le suicide au Québec. Avis sur la prévention du suicide*, gouvernement du Québec, mars 1982, 152 pages (annexe II incluse).

Relativement à cette politique de santé mentale, précisons en outre qu'au cours des deux dernières années, le Comité a proposé, en plus de ce document sur les jeunes, un certain nombre d'autres Avis qui devraient aussi servir au développement de cette politique et qui portent précisément sur:

— la notion de santé mentale,
— les ressources alternatives en santé mentale,
— l'efficacité de la prévention, du traitement et de la réadaptation en santé mentale,
— certains systèmes étrangers de services de santé mentale.

En rendant public le présent Avis, le Comité de la santé mentale du Québec tient à souligner qu'il est principalement l'œuvre de cinq de ses membres, soit du *Dr Laurent Houde*, pédopsychiatre, qui œuvre au Centre hospitalier du Haut-Richelieu et qui est le coordonnateur de l'enseignement à l'Hôpital Rivière-des-Prairies; du *Dr Guylaine Séguin-Tremblay*, Ph.D., qui est psychologue clinicienne attachée au Département de pédiatrie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke; de *Madame Michelle FitzGerald*, vice-présidente de l'Association lavalloise de parents pour le bien-être mental (ALPABEM); de *Monsieur Maurice Roy*, directeur général du C.L.S.C. Samuel de Champlain à Brossard; et du *Dr Mireille Lajoie*, pédiatre, qui est directrice du Département de santé communautaire au Centre hospitalier Sainte-Marie de Trois-Rivières.

Le Comité de la santé mentale du Québec a été créé en 1971. Il a pour mandat général de coopérer à la réalisation des activités de planification dont le ministère des Affaires sociales a la responsabilité dans le champ de la santé mentale. Ses membres sont nommés par le gouvernement du Québec. Ils proviennent du secteur des Affaires sociales, des universités, et incluent des représentants des utilisateurs des services de santé mentale et de leurs familles.

Au moment de l'achèvement de cet Avis sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes, le Comité est composé comme suit:

Gaston Harnois, président
Roger Paquet, vice-président
Ellen Corin
Nicole Fontaine
Christine Gourgue
Frédéric Grunberg
Michelle FitzGerald

Laurent Houde
Mireille Lajoie
Yves Lamontagne
Francine Lavoie
Maurice Roy
Guylaine Séguin-Tremblay
Lise Tessier
Pierre Vendette agit à titre de secrétaire du Comité.

Gaston Harnois

Le 15 février 1985

Remerciements

Les principaux auteurs de cet Avis ont bénéficié de très nombreux et précieux appuis pour sa préparation. On trouvera, à la fin de ce document, une longue liste de personnes et d'organisations auxquelles ils adressent des remerciements.

1. Introduction

Le mandat qui a donné naissance à cet Avis demandait au Comité de la santé mentale du Québec (C.S.M.Q.) de faire le point sur ce qu'il conviendrait de réaliser au Québec pour protéger et développer davantage la santé mentale des enfants et des adolescents. Pour ce faire, il était proposé :

— d'identifier les problèmes de santé mentale que connaissent les jeunes dans notre société ;
— de souligner les possibilités qui s'offrent pour prévenir ces problèmes ;
— de suggérer des stratégies de prévention à leur égard.

Pour accomplir ce mandat, le groupe de travail du C.S.M.Q. chargé de le réaliser a opté dans un premier temps pour un processus de consultation auprès d'un certain nombre d'organismes clé. Par la suite, par la voie des média, la population a été invitée à soumettre par écrit ses propres avis sur la question. La collaboration reçue a été très bonne au point où la quantité du matériel écrit mis à la disposition du groupe de travail a dépassé sa capacité de l'utiliser intégralement comme il l'aurait souhaité.

Il est cependant ressorti de cette consultation et des études que le groupe de travail a effectué ou fait effectuer que la question de la santé mentale des jeunes suscite un très grand intérêt dans notre milieu même si le concept qu'elle recouvre est identifié de multiples façons. Il est aussi apparu évident que la question est très complexe, qu'elle a d'innombrables ramifications et qu'il serait présomptueux d'espérer en présenter un tableau-synthèse adéquat et vraiment satisfaisant même en disposant d'énormes moyens.

En regard des questions posées au départ, cet Avis n'apporte donc qu'un bien modeste éclairage et ne peut prétendre offrir mieux qu'un certain nombre de pistes à explorer et à suivre pour mieux protéger et développer la santé mentale des enfants et adolescents. Ces pistes sont des approches novatrices issues du dynamisme qui prévaut en maints endroits au Québec. En effet, malgré le fait qu'il ait souvent constaté combien la mission d'aider les jeunes en difficulté est perçue comme écrasante dans une conjoncture difficile à bien des égards, le C.S.M.Q. a aussi découvert à maintes reprises des signes d'engagement solide et persévérant à la cause des

jeunes dans un esprit d'ouverture et d'adaptation créatrice réconfortant. Si nos systèmes renferment beaucoup de lacunes et de déficiences, ils présentent aussi beaucoup de richesses et de valeurs humaines sur lesquelles on peut tabler et c'est peut-être davantage l'énormité et la complexité de nos systèmes que les ressources humaines dont ils disposent qui posent des problèmes.

Essentiellement, cet Avis comporte trois grandes parties. La première porte sur certains aspects théoriques de la question posée ; elle est suivie d'un tableau des ressources majeures constituées par les réseaux de l'éducation, de la santé, des services sociaux et des Centres locaux de services communautaires dont le Québec dispose pour aider ses jeunes. La dernière partie présente un certain nombre de ces pistes dont il a été question plus haut.

La seconde partie de l'ouvrage est plus développée qu'on ne l'avait conçue au départ. Ce développement a été jugé utile en raison du fait que selon l'opinion du C.S.M.Q. une des bases de l'action préventive réside dans la capacité de saisir les questions dans un ensemble et dans la concertation de toutes les forces et ressources d'un milieu. Comme dans la préparation et la rédaction de cet Avis, on avait autant à l'esprit les besoins de l'ensemble des intervenants sur qui repose l'approche préventive que des planificateurs et responsables des politiques globales, il est apparu important de mettre à leur portée une certaine vision des objectifs et du fonctionnement de ces réseaux majeurs de services qui ont un rôle à jouer pour protéger et développer la santé mentale des enfants et adolescents.

Au terme de ses travaux, le groupe de travail est bien conscient de n'avoir réalisé l'ambitieux mandat qui lui a été confié que d'une façon bien partielle. C'est pourquoi il n'a pas osé intituler son Avis en utilisant une désignation qui comporterait le terme de prévention. Un titre plus modeste comme celui de « Vers une approche plus globale de la santé mentale des enfants et adolescents québécois » lui est apparu plus conforme à la réalité du contenu de cet ouvrage.

2. Que faut-il entendre par la santé mentale des jeunes ?

Lors de la consultation qu'a effectuée le C.S.M.Q. pour préparer le présent Avis, on a souvent demandé à quoi on se référait en parlant de santé mentale des jeunes. Et même quand on interrogeait des organismes ou des intervenants sur leur perception des problèmes psychiques des enfants et adolescents québécois, le même genre de question sur la nature des problèmes recherchés était soulevé. Le groupe de travail n'avait pas voulu au départ tenter de circonscrire ces notions, d'une part parce qu'il ne s'en sentait pas capable et, d'autre part, parce qu'il espérait découvrir avec l'évolution de la consultation la conception qu'on se fait de cette question de la santé mentale des jeunes dans notre milieu.

En tenant compte du fait qu'un autre groupe du C.S.M.Q. étudiait la notion même de santé mentale, la consultation relative aux jeunes a plutôt porté sur les problèmes de santé mentale, les facteurs qui y sont reliés, les moyens qu'on prend pour tenter de les régler et ceux qu'on utilise pour les prévenir ou tenter de le faire.

Dans la synthèse qu'il a faite de cette consultation, Boutet (1984) constate d'abord le manque d'homogénéité des termes employés pour désigner les types de problèmes et même dans la façon d'envisager les problèmes et note que plus de 120 termes ont été utilisés pour les désigner.

La façon dont on perçoit les problèmes des jeunes dépend évidemment de l'optique choisie, optique en grande partie déterminée chez les intervenants par le champ d'exercice professionnel. Ainsi le comportement par lequel se manifeste un problème peut être perçu comme pathologique par le médecin, comme une inadaptation en service social et comme un obstacle à l'apprentissage en milieu d'éducation. D'autres y verront l'expression de la souffrance, chaque intervenant essayant de lui donner un sens qui s'accommode avec ses capacités d'action. On verra au chapitre qui traite des réseaux de l'éducation, de la santé et des services sociaux les catégories officielles que chaque réseau utilise pour classifier les problèmes qui ont un rapport avec la vie psychique. Les désignations officielles employées par les organismes des réseaux pour établir des statistiques demeurent donc encore les plus utilisables

pour tenter d'identifier et possiblement de quantifier une réalité bien difficile à mesurer parce que définie avec trop d'imprécision.

Au terme de ses travaux, le groupe de travail sur la notion de santé mentale souligne la difficulté qu'il y a à définir la santé mentale et le caractère arbitraire inévitable d'une telle définition. Une fois reconnue l'existence de maladies mentales bien identifiées, la tâche d'établir s'il y a continuité ou discontinuité entre bonne et mauvaise santé mentale reste à poursuivre. « On peut poser comme principe qu'une santé mentale idéale n'existe pas... et qu'il faut plutôt parler de degré de santé dont la valeur est relative au contexte et aux types de critère que l'on entend considérer »[1].

« Ce n'est pas seulement le niveau optimum de santé qui varie selon les contextes, mais aussi les signes précis que l'on associe dans différents milieux à une bonne ou à une mauvaise santé mentale »[1]. Ces signes privilégiés par le contexte le sont sous l'influence des préoccupations spécifiques des milieux.

Si l'on essaie de comprendre ce qui peut expliquer la santé mentale plutôt que de tenter d'enfermer le concept dans une définition de quelques mots, on peut avec utilité identifier des dimensions qui la sous-tendent et des composantes par lesquelles elle se manifeste.

La santé mentale peut être envisagée sous l'angle de dimensions ou de perspectives essentiellement complémentaires : dimension biologique, dimension du développement et dimension contextuelle. Pour une discussion de ces dimensions, le lecteur est prié de se référer à l'*Avis sur la notion de santé mentale*[1].

En fait, la santé de l'individu est un tout mais un tout qu'on ne peut apprécier avec précision qu'en évaluant ses éléments. La santé mentale positive ou l'aspect psychosocial de la santé positive peut s'apprécier en fonction d'un ensemble de critères. Ces critères correspondent généralement à des modèles théoriques et Jahoda (1958) en a dressé il y a un certain temps un tableau intéressant. Le tableau qui suit, emprunté en partie à Jahoda, n'est pas l'expression d'une compréhension théorique particulière mais le regroupement de critères sur lesquels on peut se fonder en tout ou en partie pour juger de l'état de la santé mentale ou de l'adaptation d'un individu. Il indique le genre de fonctions, d'états ou de compétences dont le développement et le maintien paraissent souhaitables.

---

1 Comité de la santé mentale du Québec, *Avis sur la notion de santé mentale*, ministère des Affaires sociales du Québec, 1985.

Tableau 1
Composantes de la dimension psychosociale de la santé

1. Expériences subjectives de bien-être et perception de soi
   - Estime de soi
   - Sentiment de sécurité
   - Sentiment d'être capable et efficace
   - Sentiment d'identité intégrée
   - Tolérance du malaise affectif
2. Motivation, appétence à s'actualiser, confiance en soi
3. Ressources de base
   - Cognitives — niveau et fonctionnement intellectuels
     — processus perceptifs
     — mécanisme de solution de problèmes
   - Langage
   - Aptitudes psychomotrices
   - Tempérament
4. Affectivité
   - Émotivité adéquate: degré, modulation, régulation des affects et pulsions
   - Capacité d'attachement
   - Intégration de la personnalité
5. Compétence sociale
   - Perception de la réalité
   - Autonomie à l'égard des influences sociales
   - Adéquation dans les relations interpersonnelles
   - Adéquation dans l'amour, le travail, le jeu

Il est évident, surtout chez les enfants, que chacun des critères présentés ici à titre d'exemple prend un sens qui varie avec l'âge et l'évolution de la personne. On comprend aussi facilement que ceux qui entourent les jeunes et influencent leur devenir, parents, gens du milieu et intervenants divers, puissent en fonction de leurs valeurs personnelles ou de leur formation professionnelle tenir compte de ces critères de façon différente dans leur compréhension des besoins de santé mentale.

3. L'ampleur des problèmes de santé mentale des jeunes

Nous ne possédons pas pour le moment de données qui puissent nous permettre d'évaluer de façon précise quel est, dans l'ensemble, l'état de santé mentale des jeunes du Québec. À la lecture du chapitre consacré à l'examen des ressources du Québec pour répondre aux besoins de ces jeunes, des données statistiques seront cependant présentées en rapport avec le nombre et les catégories de bénéficiaires de divers services. On se rendra compte à l'examen de ces données qu'il est pratiquement impossible, dans l'état actuel des choses, de les combiner pour en tirer un tableau global. En effet, dans un grand nombre de cas, ces données sont incomplètes, traduisent des réalités différentes ou se recoupent possiblement tant et si bien qu'elles ne peuvent être additionnées. Malgré tout, elles indiquent que les problèmes qui affligent les jeunes sont nombreux et que d'énormes ressources financières et humaines y sont consacrées.

Il y a eu, dans certains pays, des études épidémiologiques pour mesurer la prévalence des problèmes de santé mentale des jeunes. Ces enquêtes de santé mentale auprès des populations d'enfants permettent de recueillir des listes de symptômes dont on a montré que plus ils sont nombreux, plus la santé mentale de l'enfant est mauvaise. Un des problèmes de ces enquêtes consiste à déterminer le nombre minimal de symptômes que l'on considère comme pathologique. Gould et al. (1981) ont étudié 45 enquêtes de santé mentale auprès de populations d'enfants réalisées aux États-Unis et en Grande-Bretagne pour constater que, selon les études, le taux de prévalence de la psychopathologie variait de 6,3 pour cent à 37 pour cent. Il est peu possible de faire une moyenne qui ait du sens à partir de ces poucentages, car pour l'appréciation de la psychopathologie, tout dépend de la norme qu'utilise chaque chercheur pour décider de ce qui sépare la pathologie de la normalité. Il s'ensuit que la prévalence de la psychopathologie trouvée dans une population dépend davantage de l'option des chercheurs que des véritables taux de prévalence de la psychopathologie dans les populations étudiées. Nonobstant ces remarques, une revue de 31 études épidémiologiques faites aux États-Unis concluait que la prévalence des

mésadaptations à caractère clinique parmi les enfants américains est fort probablement d'au moins 11,8 pour cent (Select Panel, 1981). Si on accepte ce pourcentage comme pouvant s'appliquer au Québec, on pourrait évaluer le nombre approximatif de jeunes Québécois dont l'état de santé mentale requérait des soins particuliers à environ 238 000 (le recensement de 1981 a dénombré 2 015 810 jeunes de 0-19 ans au Québec).

Si les nombres sont importants pour la planification des programmes ou pour nous permettre de comparer l'état de santé mentale des jeunes Québécois à celui des populations de jeunes d'autres régions ou pays, il n'est toutefois pas nécessaire d'avoir des mesures bien précises pour comprendre la nature des problématiques auxquelles le Québec est confronté à cet égard et pour tenter d'améliorer la qualité et l'efficacité des réponses susceptibles d'y être apportées. Ce qui ne signifie pas que dans une optique de plus grande rationalité, il faille pour le Québec minimiser l'importance de se doter de moyens adéquats d'études épidémiologiques.

4. Les facteurs qui conditionnent ou influencent la qualité de la santé mentale

La difficulté de définir le concept de santé mentale qui représente une réalité complexe aux multiples facettes et les diverses théories explicatives avancées pour expliquer le développement de la personnalité laissent entrevoir la difficulté qui existe quand on veut établir avec certitude les conditions qui sont nécessaires au développement de la santé mentale. D'une façon générale, il s'établit dans les milieux scientifiques un certain consensus sur la forte probabilité que certains facteurs exercent un rôle positif ou négatif sur la santé mentale. Mais ce qui est plus difficile à cerner, ce sont les conditions ou les circonstances qui peuvent conférer à ces facteurs un rôle déterminant.

Ce chapitre ne tentera pas d'exposer une synthèse de la question, ce qui dans l'état actuel de la science paraît impossible ; il vise seulement à présenter un certain nombre de concepts et de données tirés de la littérature scientifique contemporaine et qui constituent une partie des fondements sur lesquels s'appuie une pratique éclairée de l'action préventive.

Les sciences du développement psychologique de l'enfant ont connu au cours des dernières décennies un essor remarquable principalement à cause de méthodes d'observation directe de plus en plus raffinées qui ont permis, par exemple, de découvrir chez le nouveau-né et le nourisson des aptitudes auparavant insoupçonnées. Par ailleurs, les fruits d'études épidémiologiques longitudinales de plus en plus nombreuses, dont certaines s'étendent maintenant sur au-delà de vingt ans, permettent d'apporter un éclairage nouveau aidant à confirmer ou infirmer le rôle de certains facteurs conditionnant la qualité du développement de la santé mentale. Des corrélations de plus en plus nettes s'établissent entre l'existence des variables de mieux en mieux identifiées et la présence de certains problèmes, la science ayant cependant le plus souvent encore à trouver et démontrer les processus par lesquels les liens de causalité s'établissent.

Il n'est pas à propos ici de passer en revue les diverses théories explicatives du développement de la personnalité. Pour un aperçu de la question, on pourra se référer à la partie de l'*Avis sur la notion*

de santé mentale qui traite de l'axe psychologique du développement comme organisateur de la santé mentale. On peut toutefois retenir ici le paragraphe suivant tiré de cet Avis et soulignant quelques idées clé sur cet axe :

« Sur le plan du développement, la personne apparaît comme en évolution continue ; cette transformation intervient simultanément dans différents domaines qui ne progressent ou ne varient pas toujours au même rythme. Il est important d'avoir présents à l'esprit les enjeux principaux qui sous-tendent les différentes phases du développement afin de pouvoir fournir éventuellement aux personnes en difficulté un soutien approprié. Une corrélation de cette conception du développement de la personne est que les critères que l'on applique à des individus pour évaluer leur santé, leurs performances ou leurs attitudes devraient différer d'une étape à l'autre du développement. De manière générale aussi, il faut rappeler que les échelles présentées constituent des repères pour l'observation et la compréhension, plus que des règles à appliquer dans un sens normatif »[1].

Le jeu des forces qui conditionnent le développement de la personnalité et la qualité de la santé mentale

D'une façon très simplifiée, on convient généralement que le développement de l'individualité de l'humain résulte d'une suite continue d'interactions ou transactions entre l'organisme qui le constitue et son environnement. Sauf pour certains tenants de théories extrémistes, une partie importante est attribuée à chacun de ces deux pôles dans la détermination de l'orientation que prendra le devenir de la santé mentale de l'individu. Il est futile d'essayer d'établir si le rôle de l'organisme est plus déterminant que celui de l'environnement ou vice versa pour décider par exemple si l'on s'intéressera surtout à l'un pour négliger l'autre. Bien que nos connaissances de l'un et de l'autre puissent souvent s'avérer d'inégale valeur pratique, les connaissances même encore bien limitées produites par la recherche contemporaine ne cessent de rappeler aux esprits objectifs qu'il faut dans l'action s'efforcer de tenir compte des facteurs liés à chacune des parties.

1 Comité de la santé du Québec, *La santé mentale : de la biologie à la culture*. Avis sur la notion de santé mentale, gouvernement du Québec, 1985.

C'est ainsi qu'en même temps que l'exploration des environnements nous en révèle de plus en plus les qualités et les déficiences par rapport aux besoins de l'enfant et de l'adulte, nous reconnaissons chez l'être humain naissant et très jeune diverses caractéristiques individuelles qui viendront particulariser ses besoins et pourront le rendre vulnérable ou résistant face aux exigences que la vie lui imposera. La qualité éventuelle de l'individu quant à l'actualisation de ses potentialités, son équilibre mental et la réussite de son adaptation sociale résulte d'une suite d'états d'adéquation entre les ressources qui lui sont propres et les stimulations et exigences que lui fournit le milieu pour les développer et les mettre à l'épreuve.

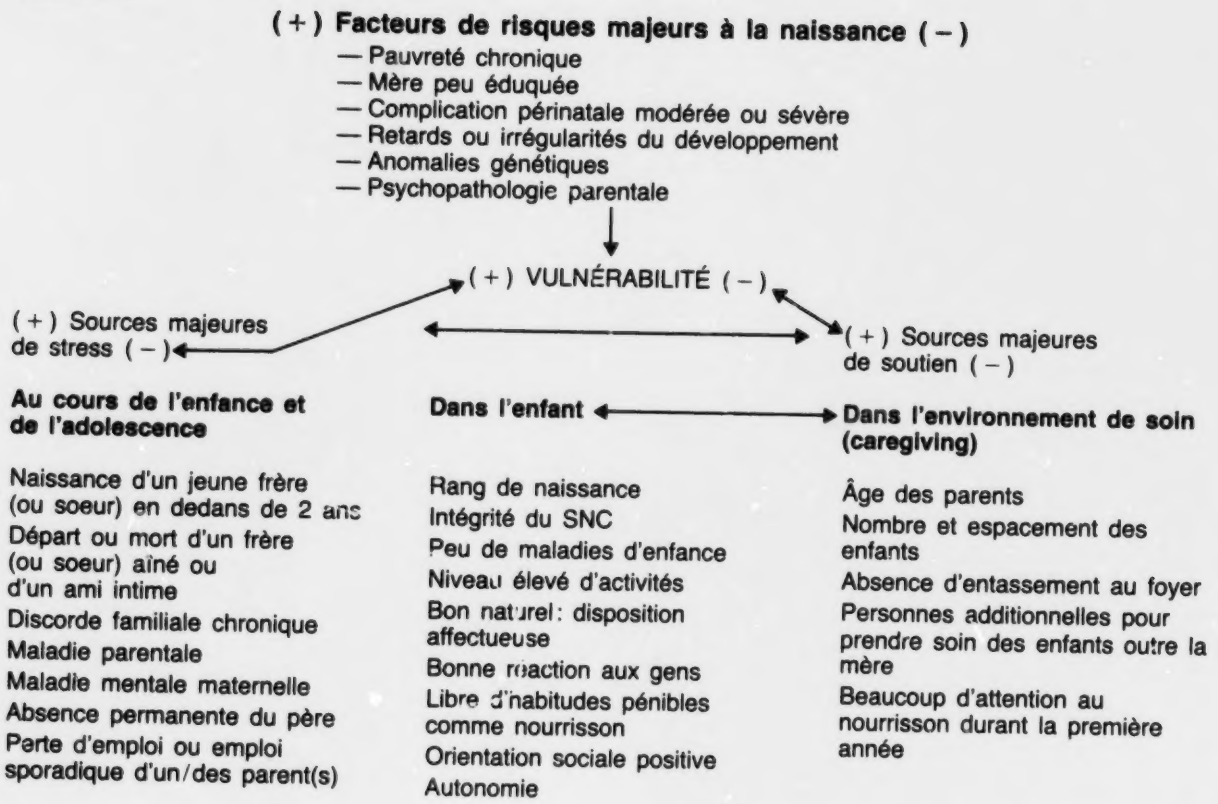
Comme le fait remarquer Werner (1982), c'est donc l'équilibre mouvant entre le risque, le stress et les facteurs protecteurs existant tant dans l'enfant que dans son milieu de soin, l'équilibre entre ce qu'on subit et ce qu'on agit qui semble expliquer la gamme des adaptations ou mésadaptations éventuellement établies. Pour illustrer le type de facteurs en jeu, Werner propose un tableau établi à partir des données de l'étude longitudinale de Kaui (tableau I). Le tableau présenté ne prétend pas être complet et il faut en faire la lecture en pensant aux changements possibles qui accompagnent les étapes du cycle de vie, le sexe des individus et le contexte culturel. Il donne cependant une excellente idée de ce qui peut influencer le développement de la personne et son état de santé mentale éventuelle.

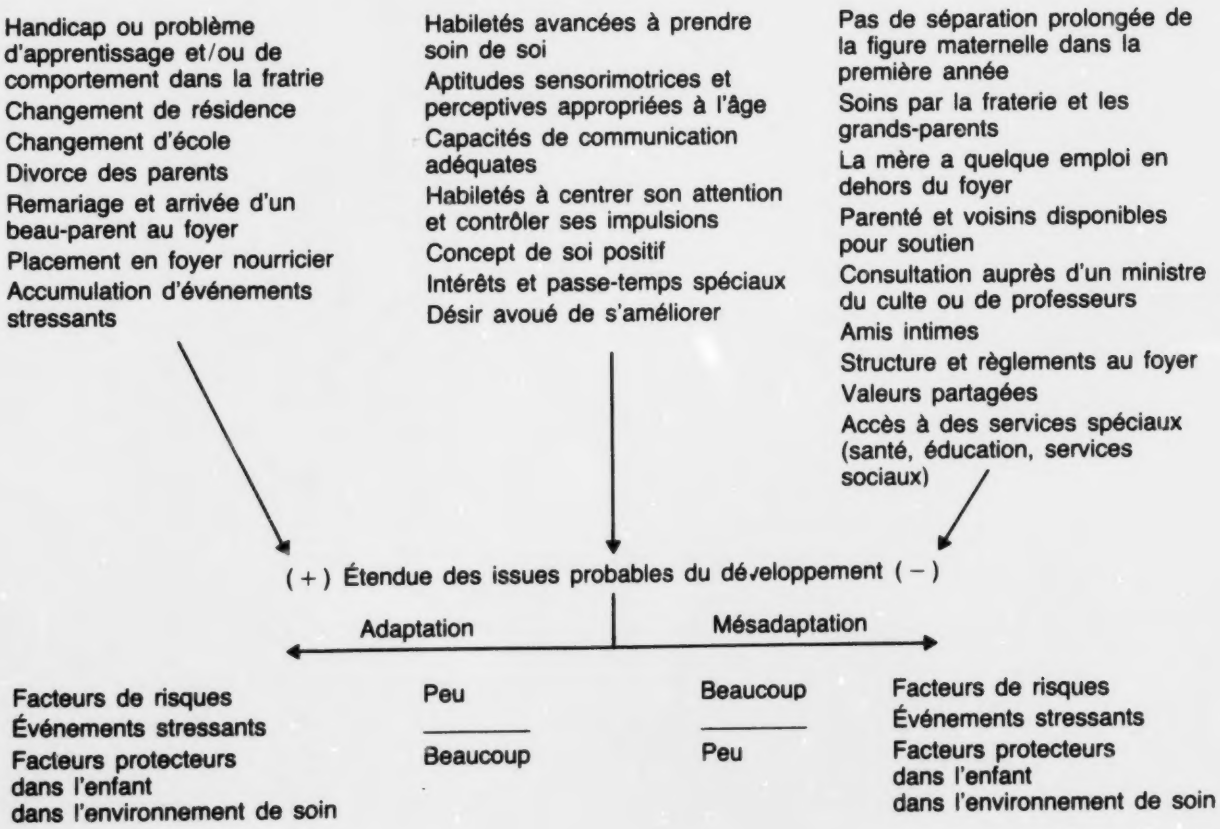
La compétence

La compétence est une capacité, une habileté qui permet de réussir dans l'exercice d'une fonction ou dans l'exécution d'une tâche donnée. Dans le domaine de la prévention en santé mentale, alors qu'on s'était tout d'abord intéressé à reconnaître chez des individus, des groupes et même des collectivités les déficiences et vulnérabilités comme facteurs de santé mentale négative, on s'intéresse de plus en plus à identifier les aptitudes qui permettent aux individus d'être sains ou adaptés ou de le devenir.

Le développement de la compétence a évidemment toujours été un objectif central chez l'être humain car c'est un élément essentiel à sa survie et à son évolution. Le monde adulte pour sa part a établi les objectifs de compétence à poursuivre dans l'éducation des enfants, les divers spécialistes intéressés à la santé mentale tentant de définir quelles sont les aptitudes nécessaires au fonctionnement équilibré et adapté de la personne.

Tableau I


(+) Facteurs de risques majeurs à la naissance (–)
— Pauvreté chronique
— Mère peu éduquée
— Complication périnatale modérée ou sévère
— Retards ou irrégularités du développement
— Anomalies génétiques
— Psychopathologie parentale
(+) VULNÉRABILITÉ (–)
(+) Sources majeures de stress (–)
(+) Sources majeures de soutien (–)
Au cours de l'enfance et de l'adolescence
Naissance d'un jeune frère (ou soeur) en dedans de 2 ans
Départ ou mort d'un frère (ou soeur) aîné ou d'un ami intime
Discorde familiale chronique
Maladie parentale
Maladie mentale maternelle
Absence permanente du père
Perte d'emploi ou emploi sporadique d'un/des parent(s)
Dans l'enfant
Rang de naissance
Intégrité du SNC
Peu de maladies d'enfance
Niveau élevé d'activités
Bon naturel: disposition affectueuse
Bonne réaction aux gens
Libre d'habitudes pénibles comme nourrisson
Orientation sociale positive
Autonomie
Dans l'environnement de soin (caregiving)
Âge des parents
Nombre et espacement des enfants
Absence d'entassement au foyer
Personnes additionnelles pour prendre soin des enfants outre la mère
Beaucoup d'attention au nourrisson durant la première année


Handicap ou problème d'apprentissage et/ou de comportement dans la fratrie
Changement de résidence
Changement d'école
Divorce des parents
Remariage et arrivée d'un beau-parent au foyer
Placement en foyer nourricier
Accumulation d'événements stressants
Habiletés avancées à prendre soin de soi
Aptitudes sensorimotrices et perceptives appropriées à l'âge
Capacités de communication adéquates
Habiletés à centrer son attention et contrôler ses impulsions
Concept de soi positif
Intérêts et passe-temps spéciaux
Désir avoué de s'améliorer
Pas de séparation prolongée de la figure maternelle dans la première année
Soins par la fraterie et les grands-parents
La mère a quelque emploi en dehors du foyer
Parenté et voisins disponibles pour soutien
Consultation auprès d'un ministre du culte ou de professeurs
Amis intimes
Structure et règlements au foyer
Valeurs partagées
Accès à des services spéciaux (santé, éducation, services sociaux)
(+) Étendue des issues probables du développement (−)
Adaptation
Mésadaptation
Facteurs de risques
Événements stressants
Facteurs protecteurs
dans l'enfant
dans l'environnement de soin
Peu
Beaucoup
Beaucoup
Peu
Facteurs de risques
Événements stressants
Facteurs protecteurs
dans l'enfant
dans l'environnement de soin

En fait, les compétences sont multiples et de degrés de complexité divers. La valeur qu'on attribue à ces compétences et l'importance qu'on accorde à leur développement sont liées à la valeur qu'on attribue à certaines fonctions et qualités humaines et se rattachent qu'on le veuille ou non à la représentation idéale qu'on se fait de l'être humain. Les cours de personnalité qui demeurent toujours populaires auprès de certaines gens utilisent des exercices variés pour développer diverses compétences à communiquer, à exprimer ses émotions, à établir des relations, etc. Les parents demandent en grand nombre de l'aide pour améliorer leur compétence éducative, et les livres consacrés à l'éducation des jeunes enfants identifient un ensemble d'habiletés qu'il est nécessaire de développer chez ceux-ci pour leur permettre d'être heureux. La plupart des psychothérapeutes, quelle que soit leur orientation théorique, identifient des compétences souhaitables chez les gens qui les consultent et une grande partie de leur travail consiste à les aider à acquérir les compétences qui leur manque, par exemple, dans la maîtrise des émotions et des pulsions et dans la solution de conflits interpersonnels ou internes.

Une façon d'envisager les compétences nécessaires au fonctionnement quotidien

La Direction de l'analyse et du développement — professions et carrières de Emploi et Immigration Canada a publié quelques rapports sur des programmes de dynamique de la vie (Life skills) dont les objectifs sont de promouvoir le développement des « compétences nécessaires pour devenir une personne autonome et bien équilibrée » (Mullen, 1981). Un essai de classification de ces compétences par Smith (1982) fournit une illustration fort révélatrice de ce que signifie le concept et de la perspective où il se situe par rapport au fonctionnement humain et les finalités qu'on lui attribue. La classification identifie 222 compétences jugées nécessaires au fonctionnement d'une personne autonome et bien équilibrée. Ces compétences sont de divers niveaux : très complexes, complexes, élémentaires. Les compétences très complexes sont groupées en quatre catégories : relations humaines, solution de problème, pensée critique et gestion de sa vie personnelle.

Smith présente ainsi le tableau des compétences très complexes et complexes :

Compétence très complexe

Relations humaines

Les compétences nécessaires pour communiquer et interagir de façon efficace avec les autres et pour développer la conscience de ses propres compétences et de ses caractéristiques personnelles.

Compétences complexes constituantes

Utiliser des comportements d'attention non verbaux et physiques
Utiliser des compétences d'écoute
Utiliser des compétences d'expression orale
Interagir avec les autres
Utiliser des compétences d'affirmation de soi
Développer sa conscience de soi
Utiliser de façon compétente les talents de base de lecture, d'écriture et d'arithmétique.

Compétence très complexe

Solution de problèmes

Les compétences requises pour identifier et résoudre les problèmes et pour évaluer des plans et des résultats.

Compétences complexes constituantes

Identifier un problème
Identifier la solution d'un problème
Mettre en œuvre la solution pour résoudre un problème
Évaluer un plan.

Compétence très complexe

Pensée critique

Les compétences requises pour pouvoir traiter l'information en faisant la cueillette des données et en pensant de façon divergente et aussi convergente pour résoudre des problèmes personnels ; les compétences requises pour développer et réviser son image de soi par l'évaluation et le traitement des données.

Compétences complexes constituantes

Traiter l'information en faisant la cueillette des données

Traiter l'information par la pensée divergente

Traiter l'information par la pensée convergente

Traiter l'information pour développer l'image de soi: celle d'une personne autonome et bien équilibrée.

Compétence très complexe

Gestion de sa vie personnelle

Les compétences requises pour réagir aux situations-problèmes immédiates et pour les résoudre, pour planifier et pour gérer sa vie personnelle pour une période à long terme.

Compétences complexes constituantes

Gérer sa propre vie de façon proactive

Gérer sa propre vie de façon réactive

Les compétences complexes sont elles-mêmes constituées des compétences élémentaires. Voici à titre d'exemple un tableau énumérant quelques compétences d'écoute.

Compétence complexe

Pouvoir écouter

Les compétences nécessaires pour pouvoir recevoir un message.

Quelques compétences élémentaires constituantes

S'assurer que l'autre personne a la possibilité d'exprimer et de défendre son point de vue ou ses sentiments

Écouter les mots de celui qui parle

Utiliser des moyens « d'encourager un peu » celui qui parle

Utiliser la technique du « reflet » pour montrer que l'on comprend les sentiments

Identifier les principaux points que celui qui parle a voulu communiquer

Identifier le résultat que celui qui parle attend de la conversation

Identifier les sujets d'intérêt mutuel ou autre.

Il ne s'agit là que de quelques-unes des compétences élémentaires d'écoute présentées dans la classification.

Ces genres de compétences élémentaires représentent des activités ou comportements susceptibles de se développer grâce à des

stimulations appropriées inhérentes à des situations d'aide naturelles ou fournies dans le cadre de programmes éducatifs.

Comme on le voit, les compétences reflètent une conception de l'être humain et des objectifs et tâches qui lui sont propres; leur développement est jugé nécessaire ou très souhaitable pour lui assurer un niveau de fonctionnement psychosocial optimal. C'est une façon de voir les choses rattachée à un certain système de valeurs. Il existe d'autres façons d'identifier et de classifier des compétences dans le domaine de l'éducation tant des adultes que des enfants.

La compétence comme capacité de faire face avec efficacité aux crises de la vie

Certaines situations auxquelles un individu doit faire face au cours de son existence révèlent pour lui un caractère particulièrement stressant. L'importance du stress ressenti dépend de la nature des événements qui le déterminent et de l'état de la personnalité de l'individu. À un moment donné, le stress vécu peut déterminer un état de crise en ce qu'il taxe les ressources de l'individu au-delà de ses capacités d'adaptation habituelles. Les stratégies d'adaptation face au stress (coping) dont dispose un individu peuvent alors faire la différence entre son retour plus ou moins rapide à un état de fonctionnement normal ou un amoindrissement plus ou moins durable et important de la qualité de son adaptation.

Ceux qui s'intéressent à la prévention, conscients du risque que les situations de crise peuvent comporter pour la santé mentale, recherchent les moyens de prémunir les individus susceptibles de vivre des situations en les aidant à développer des moyens d'y faire face. C'est ainsi que Caplan (1984) parle d'« inoculation émotive anticipatoire », une méthode par laquelle l'individu est mis en face par anticipation des divers aspects que pourra impliquer une situation stressante imminente ou déjà amorcée. Alors que l'individu est dans un état où il a encore un contrôle émotif et une capacité de jugement objectif, il est aidé à comprendre les éléments d'un vécu à venir, à les situer dans une perspective plus juste et à envisager les recours à des solutions réalistes et efficaces qu'il lui serait plus difficile de trouver dans un état de perte de contrôle émotif plus ou moins marqué susceptible de le dévaloriser et de réduire encore sa compétence.

Caplan en est venu à définir cette approche en analysant les principales tâches à accomplir quand un individu fait face à une

situation de crise: il lui faut alors répondre aux exigences de la situation extérieure et réagir à ses sentiments à l'égard de la situation. Les individus qui se comportent de façon compétente dans des situations difficiles présentent en effet un certain nombre de caractéristiques. On peut en favoriser l'exercice et le développement tant chez ceux qui seraient déjà plutôt forts à cet égard que chez d'autres qui semblent plus vulnérables, ceux-ci requérant en général plus de soutien pour y parvenir. Les capacités dont font preuve les individus compétents sont, pour Caplan, les suivantes:

1. Exploration active des questions de réalité et recherche d'information;
2. Expression libre tant des sentiments positifs que négatifs et tolérance à la frustration;
3. Demande active de l'aide des autres;
4. Approche des problèmes en les séparant en portions maniables qui sont travaillées une à la fois;
5. Conscience de sa fatigue et de ses tendances à la désorganisation avec ajustement de ses efforts et maintien de son contrôle en autant d'aires de fonctionnement que possible;
6. Maîtrise active de ses sentiments là où c'est possible en acceptant l'inévitable là où ce ne l'est pas. Flexibilité et disposition au changement;
7. Confiance de base en soi-même et optimisme fondamental quant aux résultats souhaitables.

La compétence chez les enfants

Chez l'enfant la compétence évolue avec les niveaux de développement et il faut toujours la définir et l'évaluer en fonction de l'âge. On parle maintenant du nouveau-né et du nourrisson compétents pour souligner, même au tout début de la vie, la présence des capacités d'interaction avec le milieu et de maîtrise active de certains comportements précurseurs de la communication.

Depuis fort longtemps, parents et éducateurs s'évertuent à faire développer l'enfant dans divers domaines de compétence: neuromoteur, linguistique, intellectuel, social et même affectif.

Les tentatives d'expliquer les dimensions de la compétence sont multiples mais aujourd'hui, on ne se contente généralement plus de relier tout simplement le phénomène à l'intelligence générale. D'autres processus humains sont en cause et la recherche tente de les appréhender. Dans la plupart des diverses définitions de la com-

pétence sociale, on inclut la compétence cognitive comme composante principale. Plusieurs auteurs définissent la compétence sociale en fonction du concept de normalité auquel ils adhèrent: normalité des comportements observables ou normalité des structures ou processus psychiques. D'autres, par ailleurs, tentent de définir la compétence sociale de façon inductive en identifiant les facettes qui paraissent la composer sans nécessairement la présenter comme un tout unifié qu'on pourrait circonscrire dans une compréhension théorique.

Les recherches longitudinales de White et al. (1979) dans le cadre du Harvard Preschool Project utilisent également la même approche. Le but de ce projet était de déterminer comment structurer les expériences des six premières années de vie de façon à aider chaque enfant à maximiser le potentiel avec lequel il est né. En d'autres termes, comment l'aider à atteindre un niveau maximum de compétence. Induite de nombreuses observations en milieu naturel, une définition de l'enfant de six ans compétent lui reconnaît des comportements caractéristiques qui traduisent des aptitudes sociales et non sociales. L'enfant de six ans possède les aptitudes sociales suivantes:

1. Il peut obtenir et maintenir l'attention des adultes par des moyens socialement acceptables;
2. Il utilise les adultes comme ressources de façon socialement acceptable;
3. Il peut exprimer tant de l'affection que de l'hostilité envers les adultes;
4. Il peut mener et suivre ses pairs, compétionner avec eux et leur exprimer tant de l'affection que de l'hostilité;
5. Il peut exprimer de la fierté pour quelque chose qu'il a faite ou est en train de faire ou qu'il possède;
6. À l'occasion, il fait une activité typique d'un adulte ou exprime autrement le désir de grandir.

Cet enfant a également des aptitudes non sociales dans l'exercice de ses fonctions linguistique, intellectuelle, de solution de problèmes, dans sa manière de s'organiser qu'il n'est pas pertinent de développer ici.

L'étude longitudinale de White proposait comme défi particulier d'essayer de mieux comprendre les relations causales entre les manières d'élever les enfants, les expériences d'apprentissage réellement vécues par ceux-ci et l'actualisation tant du point de vue du processus que de l'acquisition de leurs habilités. La recherche s'est

ainsi efforcée de reconnaître ce qui se passait vraiment dans les familles, comment ce qui s'y passait était perçu tant par les enfants que par les parents et qu'est-ce qui dans les expériences observées avait vraiment une influence sur les interactions et les comportements.

L'étude a permis, entre autres, de dégager chez les parents qui s'étaient avérés efficaces à développer des enfants compétents quelques attitudes importantes :

1. Un établissement du monde de l'enfant comportant une organisation la plus sécuritaire possible des aires de vie et lui en permettant l'accès maximal dès qu'il commence à ramper ou marcher et par la suite. Une telle organisation conduit naturellement à satisfaire et développer la curiosité et fournit l'occasion d'en apprendre davantage sur le monde et d'entrer dans des relations naturelles utiles ;
2. Une attitude de consultation avec l'enfant. Les parents sont disponibles à l'enfant plusieurs heures par jour pour l'assister, l'encourager, le calmer au besoin. Ils réagissent habituellement promptement à ses ouvertures. Ils s'arrêtent pour considérer le *but* auquel se consacre le bébé à *un moment donné*. Ils fournissent à l'enfant ce dont il a besoin en lui parlant de ce dont il est question, à son niveau de compréhension ou légèrement au-dessus. Ils ne prolongent pas les échanges au-delà des désirs du bébé mais les répètent fréquemment ;
3. Des limites et une discipline sont établies. Bien qu'affectueux, encourageants et ne ménageant pas la louange, ces parents sont fermes. Quel que soit l'âge du nourisson, ils établissent des limites claires, le type de discipline variant avec l'âge.

L'étude a également permis de constater que les parents d'un premier enfant ont en général plus de temps à consacrer à leur nourrisson et qu'ils ont une plus grande ouverture d'esprit concernant l'éducation des enfants. Ils ressentent en grand nombre un besoin d'aide dans l'éducation de l'enfant et sont beaucoup plus susceptibles de modifier leurs manières sous ce rapport qu'ils le seront pour leurs enfants subséquents.

La compétence à résoudre les problèmes

Comme on a pu le voir, la compétence sociale se réfère à un concept général qui traduit un état de fonctionnement adaptatif efficace. Cette compétence repose sur un ensemble d'habiletés sociales dont des aptitudes à résoudre des problèmes d'ordre social.

En traitant plus haut de la classification des compétences reliée au programme de dynamique de vie, on a mentionné la place accordée à cette aptitude à résoudre les problèmes sociaux. On accorde aujourd'hui beaucoup d'importance au développement de cette aptitude pour la promotion de la santé mentale ou la prévention des problèmes de santé mentale chez certaines populations à risque. Théoriquement, les individus dont la capacité à résoudre des problèmes est bonne manifestent flexibilité et adaptabilité en diverses circonstances sociales, peuvent affronter le stress avec efficacité et sont capables de développer les moyens qui conviennent pour atteindre leurs buts personnels et satisfaire leurs besoins. De plus, on est porté à croire que les succès répétés à résoudre des problèmes accroissent la confiance en soi, la motivation et la persévérance, tout ceci facilitant la performance de tâches ultérieures (Durlak, 1983). Toute la question est de savoir quels sont les contextes les plus favorables au développement de telles capacités et quels devraient être les meilleurs ingrédients des programmes visant à développer ces compétences. Un examen des principales positions théoriques concernant les aptitudes à solutionner les problèmes permet de mieux situer la question (Durlak, 1983).

1. La résolution de problèmes peut être envisagée comme une série de processus cognitifs généralisables à plusieurs situations. Le processus de résolution de problèmes peut être décomposé en certains éléments caractéristiques constituants susceptibles d'être des objets d'intervention. Parmi ces processus constituants, certains formeraient un noyau central médiateur de l'adaptation ; l'amélioration de ce noyau de processus cognitifs entraînerait directement une amélioration des comportements d'adaptation.

   Spivack et Shure (1974) ont identifié certaines capacités cognitives particulièrement importantes pour déterminer l'habileté à résoudre les problèmes :

   a) l'aptitude à développer des solutions alternatives aux problèmes, c'est-à-dire penser à des alternatives ;
   b) l'aptitude à anticiper les conséquences de ses propres actions sur les autres ;
   c) l'aptitude à approcher un problème étape par étape en ajustant et modifiant les moyens pour atteindre le but selon les données obtenues à chaque étape.

2. Si les aptitudes cognitives à la solution de problèmes sont importantes, on peut considérer qu'elles reposent elles-mêmes sur des aptitudes plus fondamentales. Il s'agirait d'aptitudes primaires sociales-cognitives telles que la sensibilité sociale, la connaissance sociale et les aptitudes à prendre un rôle et considérer des perspectives face au champ des relations sociales. Les études sur le développement assurent qu'avant d'être capables d'agir efficacement dans les situations sociales, les individus doivent être capables de comprendre et d'interpréter ce qui est attendu et approprié dans chaque situation. Pour en être capables, ils doivent être compétents en ce qui concerne la perception sociale, la sensibilité sociale ou l'adoption de rôles de façon à pouvoir comprendre et interpréter les communications et les comportements des autres et, en particulier, les intentions et les émotions qui guident les comportements d'autrui.
3. Une autre façon d'envisager la résolution de problèmes concerne les tâches spécifiques. Des aptitudes différentes sont requises en différentes situations pour accomplir différentes tâches. Ce genre d'approche est plus spécifique si on la compare aux deux précédentes dont la nature est plus générale et qui considèrent l'individu dans son ensemble. La compétence qui fera ici l'objet d'étude et d'un programme d'intervention oblige à se demander pour une situation donnée quelles sont les habiletés requises d'un individu et dans quelle mesure il est apte aux niveaux cognitif et affectif de même qu'au niveau de ses comportements à rencontrer les exigences de la situation. Compte tenu de ces éléments, on pourra juger s'il est possible ou non pour lui de viser la maîtrise de certaines tâches. Dépendant des objectifs de performance visés, un programme approprié pourra lui être offert pour développer les maîtrises recherchées.

La compétence de certains individus dits invulnérables

Soumis à des conditions prolongées particulièrement stressantes et dangereuses pour la santé mentale, certains individus s'en tirent indemnes ou sont beaucoup moins affectés qu'on pourrait s'y attendre. Comment se fait-il, par exemple, que certains enfants nés dans un contexte de pauvreté chronique, où il existe un taux élevé de prématurité et de stress périnatal, dont les mères possèdent peu d'éducation formelle ou dont les parents sont malades mentaux, qui sont élevés dans des milieux désorganisés, manifestent à l'âge adulte un état de santé mentale positif et durable alors qu'en

majorité, d'autres enfants ayant vécu les mêmes conditions en sont restés marqués à des degrés plus ou moins prononcés? Si l'on parvenait à bien identifier les facteurs qui ont permis à ces individus de résister avec succès à des conditions si désavantageuses, à déterminer ce qui constitue leur compétence particulière, ce qui fait leur force, ne possèderait-on pas là des connaissances susceptibles d'une grande utilité dans la prévention des troubles mentaux?

Effectivement, la littérature scientifique fournit déjà certaines études fort éclairantes sur ce sujet. Il s'agit d'études particulièrement révélatrices (Anthony, 1980; Garmezy, 1984; Murphy et Moriarty, 1976; Rutter, 1979; Werner et Smith, 1981). Dans les grandes lignes, ces études indiquent que dans le vécu de ces enfants qu'on désigne comme invulnérables, invincibles ou résistants, on retrouve ce qui suit:

1. Malgré les avatars possibles subis, leur développement indique une assez bonne intégrité du fonctionnement psychomoteur, des processus perceptivo-cognitifs de base et du langage;
2. Ils manifestent des traits qui facilitent l'adaptation:
   - compréhension réaliste des situations
   - disposition active et exploratoire pour solutionner les problèmes
   - souplesse et malléabilité dans le choix des attitudes et moyens pour faire face aux crises
   - confiance et estime de soi
   - capacité de chercher et de trouver de l'aide;
3. Il y a dans le milieu familial ou extra-familial, du moins à certaines périodes importantes, des éléments relationnels positifs compensatoires. Il peut s'agir d'un grand-parent, d'un oncle, d'une tante, d'un voisin, d'un professeur qui joue pour l'enfant un certain rôle de figure charismatique, quelqu'un qui est vraiment intéressé à lui et qui se sent engagé par son avenir;
4. À des périodes données ou dans certains aspects du vécu, il se trouve entre l'individu et son milieu des adéquations favorisant un développement ou un fonctionnement positif.

Discutant les résultats de l'étude de Kaui, Werner (1982) retient que les enfants qui se sont avérés résistants au stress dans les conditions de vie très défavorables avaient manifesté une capacité à faire naître des réactions à prédominance positive dans leur environnement. Par contre, les enfants ayant provoqué des réactions négatives de leur environnement s'avèrent vulnérables même en l'absence de stress biologique ou de contrainte financière.

Parlant de personnes qui ont su résister et survivre à des conditions prolongées de captivité extrêmement pénibles (juifs de camps de concentration, prisonniers de guerre américains au Vietnam), Segal (1984) souligne chez eux la présence de certaines qualités. L'une d'elle est la possession d'un sentiment de contrôle sur l'environnement. Dans leur captivité, ces personnes étaient parvenues à conserver un domaine où elles contrôlaient une partie de la situation. Il semble que cette capacité ait découlé d'un vécu antérieur constitué d'expériences ayant établi la confiance en soi. Une autre qualité de ces individus est leur sens de l'autonomie, un sens leur conférant la capacité de demeurer eux-mêmes en résistant à l'envahissement des forces du milieu. C'est cette capacité qui, par exemple, permet à des enfants de se maintenir à un degré sécure de distance psychologique de leurs parents psychotiques. À ces qualités s'associent le fait de ne pas se sentir stigmatisé par son passé et celui de conserver le sens de l'espoir.

Le développement de la compétence des individus: une question de stimulation appropriée tout autant qu'une question de contexte

Le développement de la compétence de l'individu évoque des activités et des situations par lesquelles celui-ci s'exerce et s'entraîne d'une façon ou d'une autre à la maîtrise de certaines tâches; il suppose également ou sinon davantage l'existence de contextes physiques, intellectuels et socio-affectifs qui offrent une infinité de possibilités d'expériences. Le développement de la personne humaine est un processus qui commence sans doute avec la vie et qui dans la majorité des cas devrait pouvoir durer jusqu'à la mort à travers des expériences et milieux de vie qui devraient rendre possibles des cheminements individualisés. Dans les faits, les quelques notions avancées dans ce chapitre pour tenter d'identifier ce que peut être la compétence en rapport avec la santé mentale indiquent assez clairement qu'on ne peut concevoir la compétence de l'enfant sans évoquer la compétence parentale. Celle-ci se dissocie à son tour difficilement d'autres compétences dont celle de pouvoir agir comme un citoyen responsable, élément de la qualité de son milieu pouvant l'influencer et tirer parti de ses ressources. Cette communauté a son organisation et ses institutions dont l'école, les services de santé, les services sociaux, les services de loisirs, etc. Chacune de ces composantes et les milieux où leurs fonctions s'actualisent peuvent être examinés quant à leur compétence ou leur adéquation à promouvoir chez les individus ou les groupes le

développement des diverses aptitudes déjà mentionnées. On indiquera à l'occasion dans d'autres chapitres de ce document certaines des caractéristiques des environnements qui selon les connaissances actuelles favorisent la santé mentale positive.

Quelques considérations sur la compétence parentale

La place des parents dans le développement de la santé mentale de leurs enfants est indiscutablement très importante. On a fait précédemment une brève allusion aux attitudes des parents favorables au développement d'enfants compétents (White, 1979).

La compétence parentale pourrait se définir en tenant compte de deux de ses aspects : la condition de parent et le fait d'agir en tant que parent. La condition de parent implique une étape du développement de la personne qui lui confère une dimension et des qualités nouvelles et une perception élargie de soi, dans une perspective altruiste renouvellée. Agir en tant que parent introduit la notion d'apprentissage, de connaissance, d'attitude et de comportement dans le but d'influencer le développement et le fonctionnement de l'enfant. À ces aspects s'en ajoute un autre devenu bien important dans nos sociétés modernes complexes. Le parent étant le médiateur qui fait le pont entre l'enfant et son milieu, doit être socialement compétent pour permettre chez l'enfant le développement de la capacité à utiliser les ressources sociales nécessaires à son meilleur épanouissement.

D'une façon simpliste, on pourrait affirmer que les parents compétents sont ceux qui savent quoi faire et qui ont ce qu'il faut pour le faire. La réalité force à reconnaître que pour développer la santé mentale, personne n'est vraiment assurée de ce qu'il faut faire et que lorsqu'on sait un peu ou qu'on pense savoir, les moyens paraissent toujours bien imparfaits pour atteindre les buts visés. Quoi qu'il en soit, la plupart des parents de notre milieu, à un moment ou l'autre et de diverses manières, se posent des questions sur ce qu'il convient de faire pour éduquer leurs enfants et les rendre heureux ou adaptés. Par ailleurs, devant une demande d'aide énorme de la part des parents, les offres et les réponses de toutes sortes ne manquent pas tant dans d'innombrables publications de diverses natures, dans les messages des mass-media que dans des programmes spécifiquement identifiés d'éducation parentale. Il y en a pour tous les goûts, le parent vraiment compétent devenant celui qui dans tout cela parvient à identifier et à obtenir l'aide qui convient véritablement à ses besoins. Une question de chance entre alors

pratiquement dans cette définition de la compétence: c'est celle de la disponibilité dans le milieu et au bon moment de la ressource appropriée. Dans les faits, cette situation illustre combien il est impossible de définir la compétence parentale en isolant les qualités individuelles qui la caractérisent du contexte qui assure leur existence. Si l'on fait abstraction de ce contexte, il semblerait que certaines attitudes des parents favorisent leurs tâches: ainsi la capacité d'accepter que chaque enfant ait son individualité propre, d'observer et de percevoir les fonctionnements personnels de l'enfant sans que ces perceptions ne soient aveuglées ou transformées par des préjugés normatifs permet une meilleure souplesse et adéquation entre les besoins de l'enfant et les réponses qu'on peut leur apporter. Par contre, souplesse et adéquation ne doivent pas être confondues avec inconsistance ou incohérence, pas plus d'ailleurs qu'il faut confondre avec la rigidité la consistance qui semble caractériser les attitudes éducatives des parents compétents.

Le fait que les données de la science sur le développement psychique de l'enfant soient si nombreuses tout en étant si parcellaires, souvent si peu certaines, encore mal intégrées et peu connues là où elles pourraient l'être, devrait inciter ceux qui assument d'aider les parents dans la recherche d'une compétence accrue, à avoir une approche de ces questions basée sur la prudence et l'humilité. L'éducateur parental, si l'on peut se permettre d'employer une telle désignation, devrait se considérer comme un assistant plutôt qu'un enseignant. Son rôle serait davantage de favoriser des situations de rencontre où, entre pairs, des parents ressentant des besoins semblables sont amenés à identifier leurs propres ressources et à se développer davantage personnellement comme des techniciens d'éducation tout en s'entraidant dans ce processus. Dans cette optique, la participation des intervenants du réseau socio-éducatif aux programmes d'éducation parentale se traduit dans des activités de promotion, d'animation, de soutien technique, de formation de leaders naturels et de guides qui facilitent l'accession à une information de qualité. Il va de soi que pour jouer un tel rôle, les intervenants en cause doivent eux aussi bénéficier d'un soutien adéquat que ce soit sous forme d'une formation, de collaboration de personnes-ressources, d'information au sujet de matériel éducatif, etc.

Les facteurs de risque et de vulnérabilité

Si la compétence et les facteurs de soutien de l'environnement peuvent représenter des facteurs de promotion et de protection de la santé mentale, il existe par contre des facteurs de risque pour cette même santé mentale dont il sera question dans ce chapitre.

Les notions de risque et de vulnérabilité

Les notions de risque et de vulnérabilité sont des concepts voisins et il arrive qu'ils soient employés l'un pour l'autre dans la littérature scientifique. *Le risque* est un danger éventuel plus ou moins prévisible. Le danger par exemple qu'un enfant développe des problèmes mentaux peut venir du fait qu'il est atteint de certaines déficiences ou faiblesses; par ailleurs, l'enfant peut être au départ fondamentalement sain mais vivre des situations particulièrement stressantes qui mettent son équilibre éventuel en danger. Tant les faiblesses de l'individu que celles de son milieu représentent des facteurs de risque pour sa santé mentale. On dira que tel enfant a un risque élevé de développer des problèmes, par exemple, si l'un des facteurs auquel il est exposé est particulièrement dangereux ou si divers facteurs se combinent pour le placer dans une situation de développement très aléatoire.

Est *vulnérable* celui qui peut être facilement atteint. Il s'agit d'une caractéristique de l'individu qui tient compte du fait que devant le même risque, tous les enfants ne présentent pas finalement les mêmes troubles et que les facteurs personnels jouent un rôle considérable et constituent ainsi une vulnérabilité plus ou moins grande.

En fait, la vulnérabilité d'un individu trouve des éléments de définition à trois niveaux: au niveau des facteurs, au niveau de l'action de composer avec un événement affectif et au niveau de ses manifestations dans le fonctionnement. Tout d'abord, la vulnérabilité dépend des facteurs reliés à la constitution personnelle, la sensibilité, les faiblesses réelles ou latentes, immédiates ou différées. Elle dépend aussi des facteurs environnementaux en tant que facteurs de stress qui constituent une pression dont la variabilité de la fréquence, de l'intensité et de la durée en feront un stress aigu ou chronique. Les derniers facteurs importants sont les sources de renforcement de l'individu en considérant leur nature et leur nombre et l'équilibre qu'ils représentent avec les facteurs de stress. En second lieu, la vulnérabilité sera influencée par le mode de composition active adopté par l'individu pour faire face à la réaction affective.

En troisième lieu, la vulnérabilité se manifeste de façon variable à l'issue d'une expérience d'adaptation, et elle peut toucher la capacité de fonctionner de l'individu de façon générale ou localisée.

L'invulnérabilité ou la résistance font aussi appel comme la vulnérabilité à un processus dynamique. Ici, il s'agit de la mise en action des compétences pour donner lieu soit au maintien de la normalité, soit à une expérience de croissance.

Dans une perspective préventive, il importe donc de discerner ce qui fonde la vulnérabilité de l'enfant ou contribue à l'accentuer tout autant que ce qui soutient ou accentue sa résistance. La recherche contemporaine consacre beaucoup d'efforts en effet à identifier ce qui constitue la vulnérabilité et à essayer de la mesurer: elle consacre des efforts non moins grands à comprendre les expériences stressantes issues du milieu, leurs modes d'action sur l'individu, leurs effets immédiats et à long terme, les moyens employés par l'individu pour les maîtriser et les manipulations de l'environnement pour en réduire l'impact. Il a été question précédemment de la compétence des individus qui leur permet de vivre une adaptation plus saine; il sera maintenant question ici des conditions qui peuvent faire obstacle à un développement et à un fonctionnement psychiques sains. Cependant, en considérant les effets négatifs des facteurs de risque, on peut aussi être amené à voir ce qui peut les contrer. Ce chapitre traitera donc aussi, à l'occasion, de ce qui influence positivement la santé mentale en tentant de faire ressortir quelques implications pratiques pour les interventions à visée préventive.

Les catégories de facteurs de risque

Une approche pour identifier les facteurs de risque et faire l'évaluation totale de la situation de risque chez un enfant est celle de la classification en catégories des types de risque (Anthony, 1970, 1980): 1. Génétique 2. Constitutionnel 3. Périnatal 4. Environnemental 5. Situation 6. Développement et périodes critiques du développement. On peut y ajouter: 7. Variables de la personnalité.

Facteurs génétiques

Des études sont effectuées au niveau moléculaire, chromosomique et cellulaire mais la voie entre les gènes et le comportement reste très complexe. Il n'existe pas de gènes pour le comportement, il n'y a que des gènes qui exercent leur influence sur le comportement à travers leur effet à un niveau d'organisation plus moléculaire:

les enzymes, les hormones et les neurones sont intermédiaires entre les gènes et le comportement (Anthony, 1970).

Le travail sur le mode génétique de transmission des traits de personnalité est encore rudimentaire. Des recherches utilisant des jumeaux monozygotes et dizygotes montrent un lien entre des traits de personnalité et les facteurs génétiques de même qu'un lien entre des perturbations psychiatriques infantiles et les facteurs génétiques. Le lien étant moins grand pour des perturbations moins directement reliées à la personnalité, on en déduit que la vulnérabilité est déterminée génétiquement alors que la perturbation est souvent précipitée par les circonstances environnementales (Anthony, 1970).

Des déterminants génétiques ont aussi été déduits à partir de l'étude de l'histoire de jumeaux adultes psychotiques où le perturbé montrait étant jeune le plus de signes névrotiques (Slater, 1953, in Anthony, 1970). Des arguments contre les déterminants génétiques proviennent d'études montrant une grande variété de maladies mentales ou physiques chez des parents dont les enfants montrent aussi divers types de perturbations (Rutter, 1966, in Anthony, 1970). Ceci milite plutôt en faveur de l'importance des facteurs environnementaux. De plus, une étude sur le risque pour des enfants de parents schizophrènes de développer une perturbation majeure a montré que d'après les recherches antérieures, les chances ne pouvaient s'estimer qu'à 18 pour cent (Anthony, 1970) et que la prédiction pouvait mieux se faire à partir de l'observation de comportements déjà significatifs dans l'enfance.

L'ensemble des recherches sur les déterminants génétiques des pathologies psychiatriques se basent sur l'étude d'incidences familiales, de comparaison de jumeaux et de cas d'adoption. L'étude des bases génétiques des traits de personnalité inclut aussi les recherches utilisant les animaux. Selon McGuffin (1984), les recherches montrent une corrélation entre les jumeaux pour la schizophrénie. Les enfants adoptés dont les parents biologiques sont schizophrènes, montrent une plus grande incidence de schizophrénie. Les désordres bipolaires se manifestent aussi plus fréquemment lorsqu'il y a une histoire familiale positive, chez les jumeaux surtout monozygotes de même que chez les enfants adoptés, de parents biologiques affectés. Cependant, à mesure qu'on s'éloigne des psychopathologies classiques, l'influence des facteurs génétiques semble moins forte. Les preuves d'influence génétique les plus consistantes se retrouvent pour les névroses d'angoisse, les névroses obsessionnelles et la criminalité adulte. Des corrélations moins fortes se

retrouvent pour l'alcoolisme et les phobies. Enfin, les liens semblent très faibles pour l'hystérie et la névrose dépressive.

Quoi qu'il en soit, le problème demeure presque entier à savoir quels gènes joueraient un rôle déterminant et de quelle façon ce rôle serait exercé pour mener à un comportement pathologique. À l'heure actuelle, la recherche biologique à partir de l'observation directe de l'organisation du bagage génétique d'un individu commence à donner lieu à des hypothèses dans le domaine. L'étude des marqueurs biologiques neuro-endocrinaux, biochimiques, neurophysiologiques et pharmacologiques ouvre aussi une nouvelle voie à la connaissance des déterminants physiques et physiologiques dans la maladie mentale.

Les modèles actuels d'influence génétique semblent encore trop imprécis dans la prédiction de l'incidence réelle de la schizophrénie (McGuffin, 1984). De plus, à cette étape de la recherche, l'incidence familiale ne peut signifier causalité génétique (Munoz, 1984).

Il reste que le facteur génétique utilisé pour l'évaluation du niveau de risque d'un individu est mesuré à partir des cas documentés de psychoses dans la famille étendue (Anthony, 1980).

Facteurs constitutionnels

Cette catégorie de risques touche la constitution physique à la naissance, la combinaison d'éléments physiques et d'attributs morphologiques uniques à chaque individu (Anthony, 1970).

Ces attributs peuvent influencer la qualité de l'interaction parent-enfant de même que les autres relations sociales au cours de l'enfance (Blauvelt et McKema, 1961, in Anthony 1970). Des premières recherches dans ce domaine établissaient une relation entre le type morphologique et les traits de caractère propres à l'ajustement social : des trois types, endomorphe, mésomorphe et ectomorphe, le dernier était le plus susceptible de montrer des caractéristiques d'introversion (Anthony, 1970). Cette façon simpliste d'aborder le problème ne reçoit plus beaucoup d'attention aujourd'hui.

La vitesse de maturation et sa précocité auraient un effet sur l'ajustement social. La maturation tardive entraîne des sentiments d'incompétence et d'anxiété quant à l'identité sexuelle surtout chez les garçons. Les effets des changements hormonaux sur le comportement lors de la croissance sont encore mal connus.

Le tempérament de base chez l'enfant peut aussi être considéré comme un attribut constitutionnel. Des études ont été réalisées pour identifier divers types d'activité infantile de même que l'interaction

avec l'environnement des modes congénitaux de réactivité (Thomas et al., in Anthony, 1970). On conçoit bien aujourd'hui que le mode de réactivité propre à l'enfant influence la qualité de la relation parent-enfant de même que les types de mécanismes de défense que l'enfant utilisera. Il a une relation avec le développement ultérieur et l'affectivité de l'individu. Bien que modifiable par l'environnement, la prédisposition serait persistante au moins au cours des deux premières années de vie.

On peut inclure ici les atteintes à l'intégrité physique. Ces atteintes en tant qu'elles sont reliées à la constitution peuvent provenir de différentes causes. En premier lieu, les facteurs génétiques sont responsables d'anormalités chromosomiques chez 0,5 pour cent des nouveaux-nés américains (Kornberg et Caplan, 1980). Plus de 20 000 enfants par an naissent aux États-Unis avec des désordres chromosomiques ou métaboliques. Certains sont modifiables par des méthodes nutritionnelles, pharmacologiques ou environnementales. L'effet négatif de ces facteurs génétiques sur le fonctionnement mental peut être contrôlé par des méthodes d'identification des porteurs de gènes récessifs, l'amniocentèse, le dépistage des bébés et des programmes de stimulation dans la petite enfance. Plusieurs de ces maladies métaboliques entraînent un retard mental et des troubles importants du comportement si elles ne sont pas traitées.

En second lieu, on peut inclure ici les diverses formes de handicaps issues de malformations congénitales : les déficits sensoriels, les handicaps moteurs, les atteintes du système nerveux central, les anomalies physiques. Le handicap d'un enfant pose un risque pour la qualité de l'interaction mère-enfant et pour le développement de l'enfant. Le stress lié au fait d'élever un enfant handicapé ajouté aux difficultés normales du parentage sont considérables : des conflits intérieurs chez les parents aux prises avec des sentiments de rejet et de culpabilité peuvent affecter le reste de la famille. Souvent un cercle vicieux se crée : la naissance de l'enfant handicapé donne lieu à des difficultés de maternage qui peuvent être accrues par la nécessité d'interventions chirurgicales qui, elles-mêmes, menacent le processus normal d'attachement (Kornberg et Caplan, 1980). Les enfants handicapés partagent la tâche difficile de traverser les étapes du développement au sein d'un milieu familial source de stress. L'ajustement émotif de ces enfants a été relié à la qualité de leur relation aux membres de la famille (Tropover, 1977, in Kornberg et Caplan, 1980).

Ainsi, la santé mentale des enfants atteints dans leur intégrité physique est plus vulnérable. On observe un degré élevé de morbidité affective tant chez les enfants que les parents, relié à la difficulté d'accepter un enfant dans la famille et la communauté ainsi qu'à la gravité du stress imposé par l'enfant handicapé à sa famille.

La façon dont le développement de l'enfant est affecté peut être que celui-ci fait moins d'expériences sociales positives puisqu'il est moins attrayant et moins accepté. La réaction des parents peut être de surestimer les capacités de l'enfant et créer une trop forte pression à être performant ou encore de surprotéger l'enfant et ainsi le priver des expériences nécessaires à son développement.

Si le handicap est accompagné d'atteintes du système nerveux central, ceci peut entraîner des réactions de comportement et le risque de trouble psychiatrique serait quatre fois plus élevé que dans la population générale (Rutter, 1979, in Tessier, 1980). Les difformités sans atteinte du SNC auraient une incidence relativement peu élevée de troubles psychiatriques.

La nature des problèmes entraînés par le handicap est également fonction de l'âge. La prise de conscience du handicap et de l'état de dépendance se développe à mesure que l'enfant réalise qu'il ne peut pas faire comme les autres.

Certains troubles mineurs souvent imperceptibles avant le début des apprentissages scolaires peuvent aussi affecter le développement psychosocial : la maladresse reliée aux dyspraxies et dysgnosies, les troubles de l'organisation motrice (équilibre, manipulation, locomotion, réception et propulsion d'objets mouvants), les troubles de perception et d'intégration (latéralisation, connaissance latérale, situation dans l'espace et le temps) (Houde, 1983).

Ainsi, les facteurs constitutionnels peuvent être d'ordre physique ou tempéramental. Ils peuvent de façon générale affecter l'expérience sociale de l'individu : il s'agit d'abord de la première expérience de l'attachement à la mère, puis des expériences de relations aux autres qui mènent à un sentiment plus ou moins adéquat de compétence et d'estime de soi.

Les déficits sensoriels et moteurs sont connus aussi pour influencer selon leur gravité le potentiel d'apprentissage intellectuel de l'enfant.

Cependant, la réponse familiale aux handicaps apparaît comme l'élément médiateur principal dans la capacité d'ajustement psychosocial de l'enfant.

Facteurs périnataux

On regroupe ici les facteurs reliés à la grossesse, à la naissance et à la période néo-natale. Les preuves s'accumulent quant à l'effet négatif des irrégularités chimiques du sang maternel sur le développement du fœtus. Ces irrégularités peuvent être amenées par les drogues, l'alcool, la nicotine, les déficiences nutritionnelles ou les débalancements endocriniens (Anthony, 1970; Kornberg et Caplan, 1980). L'usage de drogue par la mère comme cause de dommage aux cellules cérébrales de l'enfant se vérifie encore dans les recherches actuelles. On pense aussi que des stresss prolongés sous forme de tensions émotives sévères durant la grossesse peuvent affecter l'ajustement et les capacités d'apprentissage ultérieures de l'enfant. Des dommages au cerveau au début de la vie seraient particulièrement élevés chez certaines populations délinquantes et psychopathes.

Les facteurs tels que les infections prénatales, une nutrition pauvre et l'exposition prénatale aux influences nocives comme les drogues peuvent agir négativement seuls ou en interaction sur le développement du fœtus. Le mauvais état nutritionnel affecte l'immunité et augmente la susceptibilité aux infections qui elles-mêmes augmentent les besoins nutritionnels. Soulignons que la nutrition est liée au départ au niveau socio-économique.

Il sembie qu'au Canada, un fort pourcentage de femmes en âge d'avoir des enfants sont dans un pauvre état physique et que ceci se reflète dans l'incidence de problèmes durant la grossesse et la période périnatale (Ryan, 1972, in Rae-Grant, 1983). Ceci prend de l'importance avec l'augmentation des grossesses chez les populations d'adolescentes.

Il devient clair que des incidents survenus à la naissance ou avant augmentent le taux d'incidence de perturbations ultérieures. Cependant, le diagnostic ne peut en être établi dès la naissance et cela demande plutôt un délai avec une surveillance régulière. Les retards de développement profonds seraient identifiables à 7-8 mois et les retards moyens à 34-35 mois (Tessier, 1980). Meier et Tjossem (1976, in Tessier, 1980) présentent un tableau-synthèse des instruments de mesure et de leur utilité à divers moments du développement et en fonction de divers facteurs de risque.

L'âge de la mère peut constituer un facteur de risque biologique. Dans le cas de mère très jeune ou âgée, l'âge représente souvent aussi un risque psychologique surtout chez les populations de mères

adolescentes qui ne sont pas prêtes à entrer dans une relation où leurs besoins personnels d'enfant en croissance doivent être mis de côté pour donner toute l'attention à leur enfant (Osofsky, 1984).

L'état psychologique et physique de la mère durant la grossesse affecte le comportement fœtal en causant des complications obstétricales comme la naissance prématurée et influence le développement de l'enfant (Kornberg et Caplan, 1980). Des premières recherches avaient établi une relation entre les accouchements soit précipités ou prolongés et la dysfonction cérébrale permanente. La recherche documente le fait que les déficiences nutritionnelles de la mère affectent la croissance physique et affective. L'importance et le type d'effet varient selon le stade de développement du fœtus au moment de l'atteinte. Le statut nutritionnel de la mère et de l'enfant peut avoir un effet sur le processus d'attachement mère-enfant.

Durant l'accouchement, la sédation peut avoir un effet négatif sur l'attention visuelle de l'enfant, la succion et la réponse à l'allaitement au sein (Kornberg et Caplan, 1980). Le nouveau-né montre une susceptibilité marquée aux effets dépresseurs des drogues utilisées durant le travail.

Des conditions anormales durant la grossesse et de piètres procédures obstétricales ont été reliées chez l'enfant à des désordres subséquents en lecture et à une variété d'autres handicaps (Kornberg et Caplan, 1980).

Un faible poids à la naissance (moins de 1,4 kg) offre une incidence élevée de handicaps de développement : intelligence sous la normale, lenteur, problèmes de comportement.

Les circonstances des soins néo-natals chez les prématurés jouent contre le développement d'une relation normale entre la mère et l'enfant.

Certains mettent l'accent sur l'effet négatif de l'approche traditionnelle des hôpitaux à l'accouchement (Canada 1984) : la séparation de la mère et de l'enfant après la naissance et le peu de soutien affectif à l'accouchement en sont des exemples.

Ainsi, les facteurs d'influence sur le développement du fœtus sont de mieux en mieux connus et permettent une meilleure approche préventive.

Il semble qu'une grossesse difficile, de mauvaises conditions physiques ou sociales et de mauvaises habitudes durant la grossesse souvent reliées à un milieu socio-économique faible puissent entraîner toute une suite de difficultés : un accouchement difficile, un enfant de petit poids, des séquelles physiques ou de développement

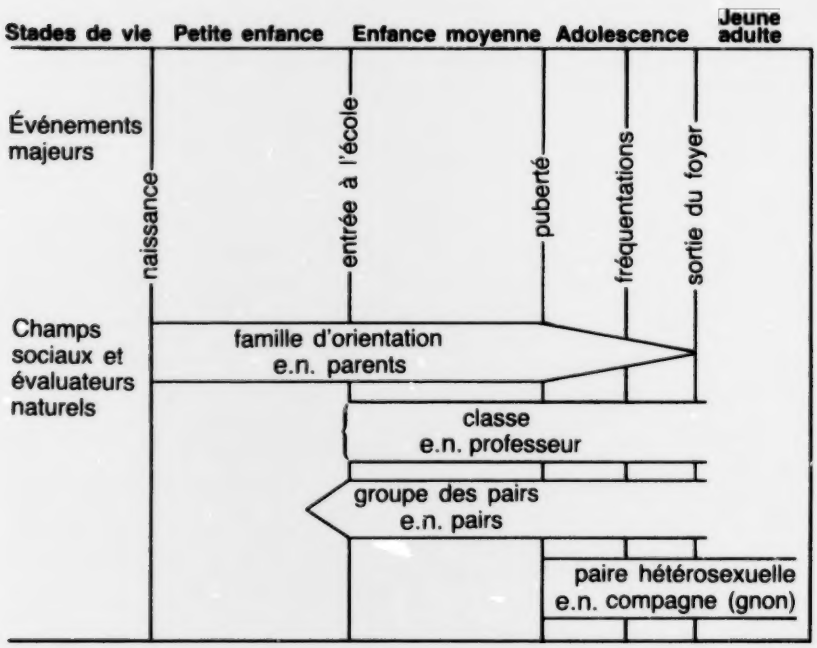
entraînant entre autres une déficience intellectuelle. Bien que tous et chacun de ces événements constituent en eux-mêmes des facteurs de risque, leur chance d'apparition se trouve augmentée par la présence de conditions de départ défavorables à la grossesse. Il est donc justifié qu'une grande partie de l'effort préventif s'adresse à ces conditions de départ.

Facteurs environnementaux

Après une introduction sur la notion d'environnement et de champs sociaux, cette catégorie de facteurs de risque sera considérée d'abord selon deux sous-sections proposées par Anthony (1970): 1) les environnements institutionnels extra-familiaux; 2) les environnements familiaux incluant la pathologie de la relation parent-enfant, la pathologie familiale, l'effet de parents ayant des pathologies physiques et psychiatriques et la structure familiale. À celles-là, sera ajoutée la 3e section: le contexte socio-économique

Kellam et al. (1975) ont imaginé une représentation de ce qu'ils nomment le concept des champs sociaux. Il s'agit de l'illustration d'une interprétation de l'importance variable de divers champs sociaux tout au cours de la vie d'un individu. La figure qui suit est une adaptation partielle de l'illustration de Kellam pour reproduire le concept.

Les variations dans la largeur des traits horizontaux suggèrent l'importance relative du champ social à différents stades de la vie. Bien que la présence de certaines influences sociales de même que leur importance varient selon les individus, les communautés et les sociétés, ce modèle est utile pour montrer l'importance de considérer les déterminants environnementaux dans une perspective de développement, c'est-à-dire, en fonction de l'âge et de l'évolution de l'individu. Il indique ainsi dans quel champ social d'une communauté donnée une certaine population à un stade donné de sa vie peut être trouvée. Par exemple, les auteurs observent que pour les jeunes enfants jusque vers le début de la puberté, la famille et l'école sont les deux champs sociaux majeurs. À l'intérieur de ces champs, les parents et les enseignants agissent comme les agents socialisants, ceux qui définissent les tâches d'adaptation sociales et évaluent les performances individuelles (évaluateurs naturels). Sans révéler explicitement les facteurs de risque de l'environnement, ce modèle aide à déterminer les milieux les plus susceptibles de constituer des facteurs de risque selon l'importance qu'ils occupent au cours de la vie.



Les milieux institutionnels

Le placement en institution

Les effets négatifs des séjours prolongés en milieux institutionnels sont connus depuis Spitz (1945) et Bowlby (1951) et mieux documentés depuis. Souvent de telles situations entraînent les effets combinés de la pauvreté, la malnutrition, l'absence de stimulation sensorielle, l'isolement social et la privation culturelle. Les études ont souvent confondu ces facteurs et les effets à long terme des soins en institution ont donné lieu à de nombreuses controverses. On sait aujourd'hui que les variables cruciales dans les expériences de privation incluent leur durée, leur intensité, l'âge auquel elles sont subies, l'existence d'expériences antérieures de même type, la qualité de la relation antérieure, la vulnérabilité et la résistance constitutionnelles de l'enfant et les expériences suivant cette privation. Pour Bowlby (1951), la santé mentale a pour prérequis l'expérience dans

la petite enfance d'une relation chaleureuse intime et continue avec une mère substitut où la mère et l'enfant trouvent plaisir et satisfaction. L'accumulation des travaux dans le domaine de la privation va cependant dans le sens de la reconnaissance de la complexité et de la nature multifactorielle du développement humain où joue l'interaction continuelle des différences individuelles et des événements environnementaux. Ainsi, on observe qu'une minorité seulement de ceux qui subissent la privation développent des troubles sévères de la personnalité. Le rôle négatif des environnements institutionnels se situe non seulement dans l'absence d'une figure maternelle mais aussi dans la qualité et la variété des stimulations sensorielles et sociales de même que dans le type de conditions d'apprentissage qu'ils offrent.

L'hôpital

On sait surtout depuis les études de Robertson (1972) que l'hôpital constitue un facteur de risque en soi particulièrement pour les jeunes enfants de 0 à 5 ans. Les éléments stressants directement liés à l'hospitalisation sont nombreux: la séparation d'avec le milieu familial, l'immersion en milieu étranger où les contacts avec des personnes inconnues sont multipliés et rendus menaçants par leurs interventions douloureuses, la perte de contrôle sur l'environnement immédiat, sur les déplacements et la perturbation des habitudes sécurisantes. Ce sont autant de facteurs qui peuvent contribuer à créer chez l'enfant un trauma, entraîner un arrêt ou un retard du développement, parfois même une régression.

Le phénomène de pseudo-adaptation décrit par Robertson montre comment la séparation prolongée d'avec la mère peut occasionner une dépression suivie d'une sorte de détachement affectif qui prend l'apparence d'une adaptation mais constitue en fait un mécanisme de défense menaçant la capacité future d'établir une relation d'attachement profond. Ce phénomène a longtemps été mal compris devant le fait par exemple que l'enfant ne réservera ses pleurs et ses cris que pour l'arrivée et le départ des parents. On a souvent choisi alors d'inciter les parents à moins visiter l'enfant.

Bien que la politique des hôpitaux et des unités pédiatriques ait beaucoup changé pour faire place à la reconnaissance des besoins psychosociaux des enfants, il existe toujours un danger de privilégier une certaine efficacité matérielle ou technologique au détriment des besoins des enfants. L'*Association for the Care of Children's Health* travaille dans le sens d'une sensibilisation du personnel médical et de la population générale aux besoins des enfants et aux dangers

auxquels ils sont confrontés dans l'expérience d'hospitalisation. Ces dangers sont d'autant plus grands si l'enfant n'est pas préparé à l'hospitalisation et aux interventions, s'il est séparé des personnes les plus significatives pour lui, s'il se trouve coupé des possibilités de poursuivre son développement et s'il se trouve confronté à un univers qui offre trop peu de stabilité au plan des contacts personnels.

Il faut mentionner aussi l'effet que l'hospitalisation de son enfant peut avoir sur le parent qui se trouve tout à coup dépourvu de son rôle, risque de devenir frustré et agressif dans un contexte où il ne se sent plus l'expert ou celui qui en connaît le plus sur les besoins de son enfant. Cette situation peut influencer la relation parent-enfant, créer une distance et une ambivalence. À un moment où l'enfant malade ne correspond plus à l'image idéale que le parent s'en faisait, elle peut aussi amplifier cette ambivalence (Petrillo et Sanger, 1980). Ainsi, il apparaît essentiel que le milieu hospitalier et le personnel médical connaissent les risques psychosociaux que comporte l'hospitalisation afin de pouvoir offrir une préparation adéquate à l'enfant et sa famille, afin également qu'ils créent des conditions qui favorisent la participation des parents aux soins et un environnement propre à réduire l'anxiété des parents et de leurs enfants.

L'école

L'école comme milieu extra-familial peut représenter des facteurs de risque par la coupure qu'elle peut entraîner avec la famille (Rutter 1979, in Tessier, 1980). Il existe une grande variation dans l'efficacité des écoles à entrer en contact avec les familles. Pour les enfants qui font l'expérience de discontinuités culturelles dues à leur provenance de familles pauvres, très mobiles ou récemment immigrantes ou encore pour les enfants qui souffrent de troubles d'apprentissage, l'école peut ajouter aux frustrations déjà rencontrées. L'issue peut en être une image négative de soi, un comportement de retrait ou d'acting-out, des difficultés sociales et les perturbations qui y sont reliées, renforcées par une diminution de la capacité d'apprendre. Les enfants les plus sujets aux problèmes neuropsychiatriques causant des difficultés scolaires sont ceux qui ont connu des facteurs de naissance anormale et des déviations au début de leur développement (Kornberg et Caplan, 1980).

La relation entre les caractéristiques des environnements et le bien-être psychologique n'est pas limitée à la petite enfance. Par exemple, des recherches sur l'évaluation de l'environnement offert

par la classe montrent un effet sur les performances autant académiques qu'interpersonnelles (coopération, curiosité, persistance).

Implications

Parmi les environnements institutionnels extra-familiaux, l'école, l'hôpital et les institutions de placement touchent de plus près la population des enfants. Bien que l'ensemble des enfants ne soit pas hospitalisé, les conséquences possibles de l'hospitalisation prolongée sont suffisamment importantes pour qu'une bonne part de l'action préventive touche ce domaine. Parmi les actions à favoriser, mentionnons encore la préparation à l'hospitalisation sous différentes formes, selon l'âge, la préparation aux interventions, le maintien des activités favorisant le développement sous la forme de jeux et de stimulations diverses, la préparation des parents et l'invitation à participer aux soins donnés à leur enfant. Enfin, on constate que l'adhésion de l'administration hospitalière et du personnel médical à une philosophie centrée sur l'ensemble des besoins de l'enfant est essentielle pour développer une attitude d'ouverture à la présence des parents, à l'expression de l'anxiété chez l'enfant ainsi qu'aux interventions préventives.

Les services d'éducateurs de vie enfantine (childlife workers) dans plusieurs centres hospitaliers présentent une ressource importante pour la compréhension des réactions de l'enfant hospitalisé de même que pour la préparation aux diverses interventions médicales principalement à travers des activités de jeux thérapeutiques.

Le risque que présente le milieu scolaire pour l'enfant déjà en difficulté doit être reconnu. Il est difficile de savoir créer un environnement apte à répondre aux besoins différents sans créer pour autant des conditions discriminatoires. C'est un défi qu'il semble pourtant essentiel de relever. Le chapitre de cet Avis consacré particulièrement au milieu scolaire va beaucoup plus loin dans l'interrogation sur les conditions offertes par le milieu.

Les environnements familiaux

La famille constitue le point de départ de l'expérience psychosociale de l'enfant. C'est le milieu où les liens affectifs les plus forts sont formés et où les expériences les plus intenses de vie personnelle sont vécues (Lewis, 1956, in Anthony, 1970). La famille croît comme l'enfant, elle se crée une structure, une histoire, des traditions et des normes de comportement appropriées à sa classe et à sa culture. Elle offre les premiers modèles de comportement affectifs. Une famille perturbée offre des identifications et des expérien-

ces d'apprentissage pathologiques. On conçoit dès lors que les attitudes, les comportements de même que l'état de santé physique et psychologique des parents puissent avoir un impact sur l'ajustement de l'enfant (Anthony, 1970).

La pathologie dans la relation parent-enfant

Les premières études sur la relation entre les enfants problèmes et leurs parents avaient mené à l'identification de types d'attitudes parentales dont certaines pouvaient être reliées à des comportements problèmes chez les enfants: les attitudes autoritaires, démocratiques ou de laisser-faire, chacune des trois pouvant être motivée par l'acceptation ou le rejet. Deux types de surprotection occasionnée par une attitude acceptante, autoritaire, dominatrice ou une attitude acceptante de laisser-faire trop indulgente donnaient lieu à un comportement de soumission excessive pour le premier et d'égocentrisme tyrannique psychopathique pour le second. Les attitudes motivées par le rejet stimulaient les comportements d'acting-out. Cette approche apporte cependant une explication sursimplifiée de l'interaction parent-enfant.

Les différences tempéramentales individuelles chez les nourrissons font que chacun a des besoins et des modes de réaction bien spécifiques. Ceci combiné aux différences tempéramentales des parents peut rendre ces derniers plus ou moins aptes à s'adapter à leur enfant. Ainsi, s'établit un style éducatif chez les parents qui peut être trop sévère ou trop inconsistant. D'autre part, les émotions de colère et d'angoisse de la part des enfants reçoivent souvent des réponses inadéquates de la part des parents qui acceptent mal l'expression des émotions et ne comprennent pas l'effet bénéfique de la verbalisation. Une mauvaise connaissance des étapes de développement de l'enfant peut aussi provoquer des attitudes inadéquates de la part du parent qui peut avoir des attentes irréalistes envers son enfant (Houde, 1963).

Les premières recherches sur les relations intra-familiales allant dans le sens de la conjoncture culturelle occidentale ont mis au premier plan l'effet sur le développement de la relation affiliée à la mère. Des travaux plus récents introduisent des variables telles que l'effet réciproque des interactions, le circularité des transactions de même que la relation père-enfant sur la qualité de la relation appelée attachement ou affiliation. Tessier (1980) résume ainsi les grandes conclusions des travaux sur les relations dyadiques et des conditions d'interaction:

1. La relation d'affiliation négative mère-enfant est le meilleur signe précurseur des difficultés futures spécialement avant l'âge de 2 ans;
2. Les variables importantes dans la relation dyadique sont: la perception négative qu'ont les parents de leurs enfants, l'absence d'un environnement stimulant et varié, l'absence de « chaleur maternelle »;
3. Les conditions d'interaction et d'attachement sont liées à des différences individuelles qui se manifestent dès la naissance, à la qualité et la quantité des stimulations offertes par la mère de même qu'à la sensibilité de la mère aux réponses de l'enfant.

L'enfant sera plus craintif dans ses interactions avec des étrangers s'il n'a pas été placé dans des situations variées en bas âge. Les parents sévères et peu chaleureux ou surprotecteurs rendent les enfants plus dépendants envers l'adulte. Les enfants ont plus de chance de devenir agresseurs si les parents le sont eux-mêmes, s'ils ont des attitudes de laisser-faire ou s'ils sont très rigides.

Toutefois, avec les études sur la dynamique familiale, on constate que les facteurs précédents ont une utilité diagnostique dans la mesure où l'on considère la famille comme un tout dont les conditions écologiques d'interactions sont plus déterminantes que la somme des dyades possibles. Les facteurs de risque internes à la famille seraient alors ceux qui sont reliés à la qualité des interactions entre les membres et à l'organisation de la communication de ces derniers entre eux (Tessier, 1980). La maladie grave d'un ou des deux parents, la perception négative des parents vis-à-vis de leur enfant, la criminalité des parents ou leur faible niveau de scolarité ne sont que quelques-unes des situations qui peuvent venir modifier l'harmonie de l'interaction.

Des études sur les implications futures du manque de réponse mutuelle entre l'enfant et le soignant montrent entre autres que les enfants de mères qui perçoivent négativement leur enfant à 1 mois sont plus susceptibles d'avoir besoin d'interventions psychiatriques à 4½ ans et à 11 ans (Brossard et Hartner, 1970, in Tableman, 1981).

La pathologie familiale

Il existe ici toute une littérature relative à la dynamique familiale et à son rôle dans l'origine et l'entretien de la pathologie individuelle. C'est le domaine des théories relatives à la thérapie familiale. Nous nous limiterons ici à signaler des recherches dont le but est d'identifier des facteurs de risque de pathologie. Qu'il suffise de noter que

les connaissances acquises sur le rôle de nombreuses variables constituant la structure familiale de même que sur les étapes de développement de la famille et des parents, ont permis de développer une perspective plus complexe de la relation parent-enfant.

L'incapacité psychologique de devenir parents a été décrite comme une psychopathologie du « parentage » (Wolman, 1956, in Anthony, 1970). Être un parent adéquat nécessite de la force et une volonté de donner sans recevoir en retour, ce que Wolman appelle la « relation vectorielle ». Il doit cependant s'établir un équilibre entre ce qui est donné, reçu et échangé. Le parent qui se préoccupe de l'enfant sans voir à ses propres besoins, celui qui effectue des demandes infantiles ou insiste sur une mutualité exagérée auprès de son enfant peut déclencher des mésadaptations chez son enfant. Les familles varient en ce qui regarde, par exemple, la quantité de communication entre les membres, l'expression affective et la sensibilité interpersonnelle. Elles diffèrent également quant à leur tolérance face aux comportements anormaux.

La fonction familiale de transmission des désordres psychiatriques est étudiée au-delà de la transmission génétique. Plusieurs auteurs ont décrit la propagation des sentiments par contagion de la mère au bébé et des parents aux enfants.

Les parents ayant des maladies physiques

Les maladies physiques similaires se retrouvent parmi les membres d'une même famille. La maladie d'un enfant tendrait à se refléter dans l'état de santé d'autres enfants de la famille (Downes, 1945, in Anthony, 1970). Il existerait un degré élevé de maladie chez les membres provenant de famille où se trouve un malade chronique.

Sans chercher à établir l'état exact de la relation entre la maladie physique du parent et l'incidence de difficultés psychiques chez les enfants, on peut concevoir que la maladie du parent peut affecter son niveau d'énergie et le rendre irritable. La maladie chronique grave du parent peut être aussi reliée à plus de préoccupations physiques, d'hostilité, de besoins de dépendance retenue dans les relations interpersonnelles et d'anxiété diffuse chez les enfants. Des troubles manifestés par les enfants peuvent être occasionnés par les facteurs touchant la maladie physique de parents tels que les séparations fréquentes pour les hospitalisations, la discontinuité de la vie familiale et l'incapacité pour l'enfant de comprendre les exigences reliées à la maladie du parent.

Les parents ayant des maladies psychiatriques

On s'intéresse ici à la force pathogène des névroses, psychopathies et psychoses chez les parents.

La névrose chez les parents et plus particulièrement chez les mères aurait un lien avec les désordres de comportement et psychosomatiques des enfants. Souvent, il arrive que la maladie dans la famille se présente chez deux ou plusieurs membres. La maladie mentale du père pourrait être plus reliée à des troubles de comportement chez les enfants (Downes, 1972, Kellner, 1963, Hare et Shaw, 1965, in Anthony, 1970).

Les dépressions chez les mères qui connaissent des impulsions ou des obsessions meurtrières envers leur enfant auraient des influences dévastatrices chez les enfants qui peuvent devenir passifs, retirés, suridentifiés avec les attitudes parentales ou manifester des troubles de comportement.

La recherche sur l'influence des psychoses parentales a reçu beaucoup d'attention et donne lieu à des résultats contradictoires. Selon Anthony (1970), le désordre apparaît mieux chez l'enfant auprès de qui on répète les observations. L'apparente normalité de l'enfant peut être due au secret de la maladie que la famille protège et qui fait vivre à l'enfant un double standard de normalité selon qu'il est avec ou en dehors de sa famillle : il se prêterait à une certaine « folie à deux » dans le cadre familial. Certaines dimensions aussi tempèrent l'effet de la psychose d'un parent sur l'enfant : la santé de l'autre parent, la nature de la psychose (le type agressif génère plus de perturbations), la continuité de la vie familiale, la qualité du parent substitut, le sexe de l'enfant (la transmission de la pathologie serait plus directe de mère à fille) et le degré d'implication de l'enfant dans la pathologie du parent. Plus l'enfant est jeune et plus il est inclus dans le système psychotique du parent malade plus ses chances sont élevées de développer une pathologie. Selon Anthony (1970), la recherche dans ce domaine demande une approche d'étude en profondeur de la personnalité des enfants concernés. L'attitude pragmatique et trop factuelle des chercheurs entraîne selon lui qu'on trouve souvent peu de liens entre la pathologie du parent et l'état de l'enfant.

Les enfants les plus jeunes réagiraient au milieu « culturel » ou au climat créé par la maladie alors que les plus vieux connaîtraient des effets liés à la spécificité de la maladie. La maladie de l'enfant serait plus de nature réactive que celui d'un conflit névrotique. Ceci confirmerait l'interrelation des comportements malades dans la famille et leur action mutuellement renforçatrice (Anthony, 1970).

Les enfants de familles où se retrouvent un ou deux parents psychotiques doivent composer avec un environnement qui fournit peu d'expérience pour le testing de réalité et occasionne de fréquentes séparations des parents pour hospitalisation. Les enfants de parents schizophrènes auraient de 10 pour cent à 45 pour cent de chances de devenir schizophrènes selon qu'un seul ou les deux parents sont psychotiques (Kornberg et Caplan, 1980). Ces chiffres plus élevés que le 18 pour cent présenté à la section des risques génétiques, illustrent la difficulté des recherches dans le domaine à parvenir à l'établissement de critères d'évaluation équivalents.

Sur un autre plan, il semble que les femmes schizophrènes soient plus susceptibles d'avoir des complications lors de leur accouchement, ceci étant possiblement dû à la quantité de médication qu'elles utilisent. Ces complications sont aussi en relation avec la sévérité et la chronicité de leur pathologie. Les plus âgées sont plus susceptibles de se séparer de leur enfant. On observe chez les bébés de mères schizophrènes des déficits moteurs à 4 et à 20 mois de même que des anormalités de la relation affective comme l'absence d'anxiété devant les étrangers. Un plus faible développement dans la première année de vie peut être relié au petit poids à la naissance. Des études sur le tempérament des enfants plus vieux montrent que des troubles de comportement apparaissent surtout vers la fin de l'école primaire, peu de manifestations d'extériorisation et de faibles temps de réaction pouvant être reliés à la déficience du développement moteur. L'évaluation par les professeurs et les pairs révèle une incompétence au-dessus de la normale. Un mauvais prognostic serait relié surtout aux désordres de la pensée, au retrait social, à une histoire de conflits familiaux ou au décès d'un parent, à un profil de comportements de retrait, de même qu'à des signes de non-fiabilité (Watt, 1984). Le profil de compétence sociale semble très lié à celui du parent. Cependant, le devenir de ces enfants même les plus perturbés ne se trouve pas nécessairement dans la schizophrénie. Selon Watt (1984, in Tableman, 1984), du tiers à la moitié des schizophrènes adultes auraient pu être identifiés par leur comportement déviant à l'école. Chez les filles se manifesterait un comportement introverti, immature, une mésadaptation passive. Chez les garçons, au début de l'adolescence, un comportement négativiste, déplaisant, antisocial, activement mésadapté apparaît.

Des études par Ragins et al. (1975) montrent que durant leur première année et demie de vie, des enfants de mères schizophrènes manifestent plus de problèmes de développement, de fluctuations dans leur croissance physique, de blessures accidentelles,

d'infections récurrentes, d'allergies et de délai de maturation réflexe. Ils sont plus irritables, réagissent moins et avec moins de plaisir à l'approche. Ils manifestent un attachement excessif à la mère sans la considérer comme objet différencié, de l'hyperactivité, peu d'intérêt pour les personnes, les jouets ou l'imitation vocale et ils montrent des séquences de comportement répétitif. Ces différences avec des groupes contrôles sont reliées surtout à la qualité des soins offerts par l'environnement. Les mères schizophrènes sont caractérisées par une faible scolarisation, une instabilité maritale, de la mobilité géographique, un haut niveau de dépression, d'anxiété et de colère de même qu'un statut socio-économique marginal.

Les désordres observés chez les enfants de parents psychotiques sont souvent des préludes à la psychose et à des désordres réactionnels, conséquences de la vie dans l'environnement chaotique créé par la maladie des parents.

Les enfants de mères schizophrènes et dépressives les voient plus acceptantes et centrées sur leur enfant que ne le sont perçus les pères schizophrènes. La perturbation chez l'enfant sera plus grande s'il est institutionnalisé. Enfin, le parent sain joue un rôle de pivot dans le devenir de l'enfant : il peut compenser à travers un effet contagieux de l'expression affective chaleureuse. Le parent schizophrène a de toute façon tendance à être moins actif dans l'interaction avec son enfant.

Le type de désordre parental ainsi que la stabilité et la chaleur affective du parent non atteint sont importants. Le second facteur réduit la proportion d'enfants de parents malades qui manifestent des comportements asociaux (Rutter, 1979, in Tableman, 1981).

D'autres études documentent la relation qui existe entre la dépression des parents et la dépression et l'anxiété chez l'enfant (Kellam, 1984).

Tableman (1981) résume ainsi la recherche sur les enfants de parents perturbés affectivement : 10 à 15 pour cent de tous les schizophrènes proviennent de familles où l'on trouve des antécédents schizophrènes ; 30 pour cent des alcooliques ont des pères alcooliques. L'incidence de la schizophrénie dans la population est de 1 à 2 pour cent. Chez les enfants de parents schizophrènes, les chances de répéter la pathologie parentale sont de 15 pour cent lorsqu'un seul parent est atteint alors qu'elles sont de 32 pour cent lorsque les deux parents sont atteints. Devenus adultes, 35 pour cent de plus de ces enfants risquent de manifester une forme de comportement déviant. Les recherches d'Anthony (1980) montrent

que 40 pour cent des enfants de parents schizophrènes et de parents souffrant de troubles bipolaires ont des mésadaptations significatives. 30 pour cent ont des problèmes mineurs d'ajustement et 30 pour cent sont normalement adaptés. Les enfants qui deviennent mésadaptés sont plus susceptibles d'avoir été « vulnérables » durant la petite enfance : complications périnatales, séparation tôt de la mère, naissance durant une phase aiguë de la pathologie de la mère.

La structure familiale

Kellam et al. (1977) ont identifié un grand nombre de types de structure familiale et observé qu'il existe une relation entre le type de structure, un certain statut d'adaptation sociale (SAS) et le bien-être psychologique (symptômes cliniques et auto-évaluations). Selon leurs résultats, il ressort 4 grandes conclusions :

1. Les familles où les mères sont seules constituent le risque le plus élevé de mésadaptation sociale de l'enfant en première année scolaire. Ce risque augmente en 3e année ;
2. Les familles incluant mère et père présentent un risque plus faible de mésadaptation en première année et un risque encore plus faible que cette mésadaptation perdure jusqu'en 3e. Les familles incluant un autre second adulte, particulièrement la grand-mère, semblent aussi bien que les familles mère-père. Les familles mère, beau-père ne semblent cependant pas mieux réussir que la mère seule ;
3. À la troisième année scolaire, il existe une relation entre le type de famille et le bien-être psychologique de l'enfant. Les familles de mères seules entraînent encore le risque le plus élevé ;
4. Le niveau du SAS en première année joue un rôle important dans la relation entre le bien-être psychologique et le type de famille en 3e année.

Ainsi, le type de famille contribue à la santé mentale des enfants. La solitude de la mère, particulièrement dans les ghettos urbains, constitue un facteur de risque important pour la santé mentale de l'enfant.

Implications

Le problème de l'influence de la pathologie parentale et du milieu familial pathologique est certainement complexe si l'on tient compte du fait que la relation parent-enfant est un processus d'interaction et non seulement d'action-réaction.

Toutefois, à l'état actuel de la recherche, quelques implications assez claires peuvent apparaître.

D'une part, il semble que ce soit la qualité de l'environnement et des relations avec les autres membres sains de la famille qui opère une action déterminante sur la santé psychique de l'enfant. La maladie mentale du parent tout en ayant un effet négatif sur sa relation avec l'enfant, ne semble pas déterminante pour la santé psychique de l'enfant. Les conséquences de la maladie physique du parent agissent aussi sur l'enfant: la disponibilité réduite du parent par son absence ou son repli sur sa souffrance, ses réactions agressives, ses intolérances et ses attentes irréalistes face aux comportements de l'enfant et, enfin, l'anxiété de l'enfant face à la perte possible du parent. L'environnement chaotique, la faible qualité des soins de même que l'absence de communication et d'interaction avec un adulte significatif composent ici les facteurs de risque principaux de retard du développement et de difficultés relationnelles. D'autre part, les enfants appelés à développer des pathologies adultes de l'ordre de celle de leur parent, manifestent souvent des comportements symptomatiques en bas âge. Chez les garçons, ceci prend la forme d'une mésadaptation active antisociale, alors que chez la fille, ce sont plutôt des manifestations passives d'introversion.

Enfin, la structure familiale monoparentale où la mère est seule, constitue le plus grand risque de mésadaptation sociale pour l'enfant. Il faut souligner que ce type de famille est souvent aussi le plus démuni sur le plan économique et sur le plan du support social, ce qui forme un important facteur de stress. Le fait que, parmi toutes les familles incluant un autre adulte que la mère, celle qui comprend la grand-mère obtienne de meilleurs résultats que celle incluant le beau-père, montre que le support à la mère dans sa tâche parentale est peut-être l'élément le plus important.

Le contexte socio-économique

La pauvreté du milieu est le facteur externe à la famille le plus souvent considéré comme facteur de risque. Les données objectives sur la question sont cependant encore peu nombreuses.

Tessier (1980) rapporte que les résultats les plus significatifs démontrent qu'une famille présentant des facteurs de risque de l'intérieur augmente de beaucoup ses risques si elle vit dans un voisinage dont les familles représentent elles aussi un risque de développement pour les enfants. Ceci est d'autant plus important à

souligner qu'au Québec, en milieu urbain, la tendance est à l'homogénéisation des voisinages par la création entre autres de H.L.M.

Une recherche menée à Montréal montre que la menace au développement harmonieux de l'enfant, à sa sécurité, à son équilibre émotif, cognitif et social est reliée à la pauvreté économique (Bouchard, 1983). D'autre part, la variabilité des taux d'enfants en difficulté dans les quartiers les plus pauvres montre que certains voisinages présentent des caractéristiques qui, au-delà de la pauvreté économique, augmentent soit le péril, soit les chances de développement de l'enfant. Il s'avère que ces caractéristiques sont liées à la qualité du tissu social. Les quartiers à faibles risques présentent les éléments suivants: 1) plus de parents présents auprès de l'enfant au retour de l'école; 2) les enfants se trouvent plus de compagnons de jeu dans le voisinage; 3) les mères recourent plus à l'aide et aux services des voisins; 4) plus d'adultes connaissent et prennent soin de l'enfant; 5) les mères vivent moins de situations stressantes; 6) les mères sont plus satisfaisantes quant à la disponibilité des services de soins aux enfants et la facilité à éduquer leur enfant. Il y a donc moins de stress et plus de support dans ces voisinages.

Il existe des travaux qui montrent que les facteurs d'appauvrissement social sont plus complexes que le fait de vivre une récession économique. Ainsi, la prospérité qui amène le développement urbain dissèque les quartiers et bouscule les populations (Bouchard, 1983), et appauvrit aussi le tissu social.

Il est reconnu aujourd'hui que la famille est soumise à plus de bouleversements qu'aux époques antérieures. La composition familiale elle-même, les conditions d'emploi, le logement, les migrations, la technologie sont quelques-uns des domaines susceptibles de créer en plus des transitions de développement individuel et familial, des crises ou des déséquilibres.

Au Québec, les représentants du clergé attribuent à la pression exercée par le contexte socio-économique sur la famille, la création d'une plus grande distance entre ses membres. Les horaires de travail, l'insécurité dans l'emploi, les soucis financiers et souvent les nombreuses activités extérieures réduisent les relations interpersonnelles à leurs aspects les plus utilitaires qui favorisent le repli sur soi et l'intolérance envers les autres (Comité épiscopal 1983).

La pauvreté a été identifiée comme le seul meilleur signe précurseur des perturbations de développement ultérieures chez les enfants. Les expressions *retard psychosocial* et *retard culturel familial* sont utilisées de façon interchangeable pour donner une situation

dans laquelle des enfants nés et élevés dans des conditions de pauvreté risquent un déficit émotif et intellectuel. 80 pour cent environ de la population souffrant de léger retard mental proviendrait de populations pauvres. Un adolescent de ce milieu aurait 15 fois plus de chances d'être étiqueté légèrement déficient qu'un adolescent de classe économique supérieure. Les facteurs tels que la qualité du maternage et la stimulation offerte par l'environnement sont souvent identifiés comme les plus responsables de ces déficits dans les milieux défavorisés (Kornberg et Caplan, 1980).

Implications

Il est donc évident que la faiblesse du milieu socio-économique représente un facteur de risque majeur. Cependant, il ressort de plus en plus des recherches récentes que la pauvreté en elle-même n'est pas nécessairement cause de difficultés psychologiques. Ce serait surtout son effet sur la qualité du tissu social qui aurait des conséquences négatives. Il est donc important d'être attentif aux sources extérieures de relations significatives qu'une famille peut avoir afin de trouver le soutien nécessaire pour supporter les stress qui lui sont imposés et traverser les crises. De plus, il devient important d'intégrer aux plans d'urbanisation des préoccupations reliées à la préservation des réseaux sociaux.

Facteurs de situation

Ici seront considérés les facteurs de risque rattachés à des événements spécifiques à l'origine de traumatismes. Il est difficile de séparer cette section des précédentes puisque plusieurs facteurs constitutionnels ou reliés à la reproduction ou à l'environnement peuvent constituer des situations traumatiques. Disons seulement que les facteurs de risque seront considérés ici sous l'angle du trauma aigu ou chronique qu'ils créent dans la vie d'un individu. Cette section peut faire place à la recherche qui a touché des événements particuliers et leurs effets dans la vie des individus.

Anthony (1970) présente la séparation et ses effets tels que la dépression anaclitique comme un risque de situation bien documenté. Les effets à long terme cependant semblent moins clairs. Le deuil dans l'enfance est aussi un événement traumatique dont les conséquences possibles sur l'ajustement sont soumises à toutes sortes de transformations au cours du développement qui les rendent difficiles à identifier. On lui attribue cependant un rôle probable dans les pathologies adultes comme la dépression, la schizophrénie, le suicide, dans les conflits maritaux, la criminalité, les désordres de la

personnalité, la névrose et la mésadaptation en milieu de travail. On a aussi trouvé que deux fois plus d'enfants en deuil d'un parent fréquentent une clinique psychiatrique. Une grande proportion d'enfants ayant subi une telle perte entre 2 et 5 ans manifestent un désordre psychiatrique qui souvent n'apparaît qu'au début de l'adolescence.

Le succès de la résolution de la crise engendrée par la mort d'un parent ou d'un autre membre de la famille dépend des ressources individuelles d'adaptation de même que des sources de support disponibles.

Selon Watt (1984), la mort d'un parent d'enfant en bas âge peut être considérée comme un précurseur possible de la schizophrénie adulte. L'enfant vit une désorientation qui dépend du degré d'intégration du parent dans la famille. Son développement moral est affecté en ce sens qu'il ne peut intérioriser le modèle du rôle du parent. Ceci affecte aussi la stabilité de ses relations interpersonnelles.

L'étude du problème du divorce et de la séparation des parents dans ce contexte montre que les enfants sont particulièrement à risque de développer des troubles de comportement. Cependant, il semble que la discorde entre les parents plus que le divorce lui-même soit le facteur primordial de la mésadaptation des enfants (Rutter, 1977; Kornberg et Caplan, 1980).

Des études françaises issues de l'expérience clinique confirment que la séparation des parents ne constitue pas une source inévitable de traumatisme affectif ou de handicap intellectuel: les enfants demeurent sains s'ils ont la chance de ne pas être intégrés au conflit des parents et si le réseau communautaire dans lequel s'insère la famille est dense, riche et multiple. Ce n'est pas la séparation qui est en cause mais la nature de la famille. L'échec scolaire n'est pas démontré plus fréquent chez les enfants de couples divorcés que chez les autres enfants.

Perez et al. (1981) dans une recherche sur l'effet de problèmes familiaux (décès de parent, divorce, pression à la réussite académique, manque de stimulation académique), sur les aptitudes des enfants à résoudre des problèmes interpersonnels ont observé les résultats suivants:

1. Les plus graves difficultés de résolution de problèmes sociaux se retrouvent chez les enfants soumis à un manque de stimulation académique dans leur milieu familial. On ne sait pas si cela est dû à une absence d'enseignement, de modeling ou d'autres facteurs;

2. Les enfants soumis à une pression familiale pour réussir académiquement se voient affectés sous certains aspects de leur comportement à l'école mais ne semblent pas touchés sévèrement sur la plan de leur aptitude à résoudre des problèmes sociaux;
3. Les enfants de parents divorcés sont plus égocentriques et moins capables d'effectuer une planification étape par étape d'interaction sociale. Ceci peut expliquer en partie le niveau plus élevé d'acting-out dont ils font preuve à l'école.

Ceci va dans le sens des recherches qui montrent que les enfants qui font l'expérience d'événements source de stress ou de circonstances familiales adverses peuvent être considérés à risque. Le fait qu'ils apparaissent comme déficients au plan des aptitudes à résoudre des problèmes sociaux peut jouer un rôle dans le taux plus élevé de comportements agressifs ou d'acting-out retrouvé chez ces populations.

Il existe une quantité de recherches sur l'effet d'événements récents comme facteurs de stress dans la vie des individus. Celles-ci peuvent couvrir toute une gamme d'événements à partir des désastres naturels jusqu'aux événements quotidiens de la vie (Dohrenwend, 1984). Elles s'intéressent surtout au rôle de facteur précipitant que jouent ces événements dans l'avènement de différentes pathologies. La sévérité du stress peut être créée par l'importance relative de l'événement de même que par l'accumulation dans un court laps de temps de plusieurs événements de faible ou moyenne importance.

Ainsi, les événements facteurs de stress très élevés tels que la mort d'un enfant peuvent jouer un rôle dans le déclenchement de la schizophrénie. Des expériences de décès et de séparation peuvent à l'intérieur d'un intervalle de 6 mois favoriser une dépression majeure. Il existe peu de preuves pour documenter le fait que l'abus de drogue ou d'alcool puisse être déclenché par des facteurs de situation.

On reconnaît que les dispositions personnelles de même que le support social reçus par l'individu tempèrent l'effet du stress créé par les événements. Par exemple, l'attitude ou le sentiment de maîtrise par rapport au sentiment de désespoir constitue une force contre la dépression. On le retrouve plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Le réseau social et le support qu'il offre jouent un rôle en fonction de trois dimensions: 1) le nombre moyen de contacts

avec chacun des membres du réseau; 2) la diversité des contacts; 3) l'intensité du contact (Dohrenwend, 1984).

Les études sur les événements facteurs de stress utilisent de même qu'elles établissent des échelles ordonnant ces facteurs selon l'intensité de la tension qu'ils créent chez les individus.

Il ressort que le plus souvent on observe chez les individus victimes de tels événements, des symptômes de détresse non spécifique qui offrent par exemple un tableau de démoralisation sans être identifiable comme une pathologie spécifique.

Implications

Dans l'analyse de l'effet d'une situation sur l'individu, on doit donc tenir compte de l'intensité de son impact en fonction des ressources personnelles et sociales de l'individu. On admet cependant de plus en plus que certaines situations créent de façon absolue plus d'impact que d'autres.

Chez l'enfant, la perte d'un parent constitue un événement traumatique majeur qu'on risque facilement d'oublier lorsque les adultes qui l'entourent vivent eux-mêmes une profonde tristesse. Il est important de s'assurer que quelqu'un soit réceptif aux réactions de l'enfant et constitue pour lui un support réassurant. À long terme, l'enfant a besoin de figures significatives pouvant jouer le rôle de modèle en remplacement du parent.

Enfin, face à la multiplication actuelle des divorces, il apparaît important de favoriser des expériences de séparation où l'enfant se trouve exclu des conflits.

Facteurs de développement

Une bonne part de la littérature surtout d'orientation psychanalytique attribue à des problèmes de fixation ou de régression à différents stades de développement, les psychopathologies ultérieures.

La privation orale dans la petite enfance peut aider à déterminer des patterns ultérieurs d'habitudes et de réactions orales. L'entraînement à la propreté a aussi fait l'objet de plusieurs études, certaines prouvant que l'entraînement coercitif trop tôt (avant 18 mois) détermine des patterns de personnalité obsessionnelle et des problèmes de constipation et d'incontinence. D'autres soutiennent que les caractéristiques de personnalité développées par les individus sont plus reliées à la personnalité du parent (le plus souvent la mère) qu'à la méthode d'entraînement utilisée (Anthony, 1970).

D'autre part, le développement dans son déroulement naturel peut lui-même impliquer des risques en ce sens que les stades naturels de développement entraînent des transitions qui interrompent le cours de l'évolution et suscitent des déséquilibres temporaires qui peuvent s'accentuer chez des individus déjà vulnérables aux désordres psychiques. Ainsi, les périodes de 4-7 ans, 9-11 ans et 14-16 ans forment des moments privilégiés pour la consultation psychiatrique. Ces périodes sont liées aux changements physiques, aux changements dans les modes de pensée de même que dans les systèmes de référence sociaux et éducationnels (Anthony, 1970).

Des recherches menées par Clarke (1982) montreraient qu'il existe dans le cours de développement des discontinuités qui fourniraient alors des moments propices à l'apparition de déviances. Cependant, une certaine trajectoire de développement de laquelle un individu aurait dévié sous l'action d'un stress particulier, exercerait une force directrice ramenant la personne à sa ligne d'évolution après la disparition du stress. Cette perspective tente de montrer que malgré des privations et des stress significatifs, un enfant peut conserver une tension vers le développement qui s'actualisera sans grand déficit, pourvu que les conditions écologiques s'améliorent. Cette approche semble toutefois encore obscure et peu développée.

Implications

Ainsi, d'une part, le développement crée des moments de fragilité particulière auxquels on doit être attentif. D'autre part, on peut supposer que la force normalisante de la trajectoire du développement puisse agir comme support à une intervention préventive auprès d'enfants en difficulté.

Les variables de la personnalité

Signalons brièvement qu'il existe des études sur les types de personnalité les plus susceptibles de développer des pathologies (Dohrenwend, 1984).

Par exemple, les individus pour qui le « locus » de contrôle est plutôt externe sont plus à risque. Le sentiment de maîtrise semble négativement relié à la dépression et à la féminité. Les études sur les types de comportements classés en A et B associent plus un type A davantage hostile et agressif, à la dépression. Les personnalités chez qui on retrouve beaucoup l'usage du déni seraient plus sujettes à la dépression. Il reste que le statut causal de ces variables demeure obscur.

Mode d'action des facteurs de risque

Ce ne sont pas tous les enfants qui, exposés aux facteurs de risque présentés dans les sections précédentes, développeront des troubles ou des désordres affectifs. Déjà l'exposé précédent laissait voir que l'effet de certains facteurs de risque se trouve augmenté ou réduit selon qu'ils sont combinés à d'autres facteurs ou qu'ils touchent un individu plus ou moins fragile. Ceci met donc en jeu les notions d'indice et de modèle de risque de même que la notion de compétence individuelle. La présente section s'adresse surtout aux modèles d'action des facteurs de risque permettant d'identifier les populations à risque.

Modèle cumulatif

Il y a d'abord le modèle de risque cumulatif utilisé par Parmelee et al. (1976, in Kornberg et Caplan, 1980) pour les problèmes de périnatalité. Pour identifier les enfants qui risquent de connaître des difficultés de développement, ils ont élaboré une cote de risque cumulatif composée de 5 unités à la période néo-natale, 4 unités à trois et quatre mois, et 5 unités à huit et neuf mois basées sur des évaluations de conditions prénatales et des performances behaviorales périnatales et néo-natales. Il semble que pour que ces évaluations atteignent une certaine valeur de prédiction, elles doivent être répétées périodiquement. Cette notion de nécessité d'évaluation périodique est reconnue par le fait que plusieurs enfants présentant des difficultés de développement en période néo-natale ont connu plus tard une évolution adéquate.

À l'intérieur de ce concept de risque cumulatif, Smith et al. (1972, in Rae-Grant, 1979) ont inclus des facteurs socio-économiques : ils ont prédit avec une certaine acuité le comportement à l'âge de sept ans en utilisant une cote cumulative de facteurs biologiques durant la grossesse, de circonstances entourant la naissance, de facteurs socio-économiques et de mesures de performance durant la première année de vie.

Une autre mesure a été élaborée à partir de ce modèle cumulatif. Denhoff et Hainsworth (1972, in Kornberg et Caplan, 1980) cotent et additionnent des caractéristiques négatives chez les enfants d'un an en les joignant à des caractéristiques maternelles concernant la grossesse et la naissance.

Les évaluations basées sur les échelles de développement ont été critiquées étant donné les connaissances encore incomplètes sur le développement du système nerveux des nouveau-nés. Selon

Minde (1976, in Rae-Grant, 1979), la combinaison des facteurs biologiques et socio-économiques définit les groupes à risque mais non le degré de risque ou l'individu à risque.

Un modèle cumulatif plus complet proposé par Anthony dans le cadre d'études d'enfants de parents psychotiques ajoute le degré de vulnérabilité aux facteurs de risque. Le risque est mesuré selon une pondération de 0 à 6 à chacune des catégories (génétique, constitutionnelle, périnatale, de développement, physique, environnementale et traumatique). La vulnérabilité est évaluée selon le degré d'engagement de l'enfant auprès du parent psychotique.

Une méthode d'analyse typologique appliquée aux variables concernant la santé et le comportement de l'enfant de 3 ans, dans le cadre d'études épidémiologiques françaises, a mis en évidence un profil d'enfants à risque élevé (Soulé et Noël, 1983). Chacun de ces enfants présente le cumul d'au moins 6 des caractères suivants de ces facteurs: se réveiller souvent la nuit, avoir le sommeil agité, avoir le coucher et l'endormissement difficiles, avoir des cauchemars la nuit, être, selon l'avis de la mère, en mauvaise santé, avoir de l'asthme; avoir fréquemment des rhinopharyngites, avoir des bronchites à répétition; avoir des otites à répétition, avoir été hospitalisé pendant plus de trois jours entre 18 mois et 3 ans, être souvent en colère, être souvent mécontent; avoir un appétit capricieux, ne pas avoir d'objet transitionnel, ne jamais jouer seul, recevoir des médicaments sédatifs, avoir eu plusieurs accidents entre 18 mois et 3 ans.

De plus, les mères d'enfants à haut risque présentent les caractéristiques suivantes: plus souvent que les autres, placées durant leur enfance; se décrivent comme insomniaques, épuisées, énervées, déprimées et disent avoir des relations peu intimes et chaleureuses avec leur enfant. Cette méthode présente l'avantage de permettre le repérage des enfants de ce type dès le cours de la deuxième année.

Modèle interactif

À l'intérieur d'un modèle de type interactif, on retrouve le profil de risque de Rolf et Hasazi (1977, in Kornberg et Caplan, 1980) qui basent des prédictions sur les influences réciproques entre le comportement de l'enfant et son environnement.

Selon Rutter (1974, in Rae-Grant, 1979), des facteurs de risque peuvent interagir de façon additive ou exponentielle. Par exemple, des dommages périnataux s'additionnent aux désavantages sociaux pour occasionner un quotient intellectuel plus faible. La psychose

parentale en présence de désavantages sociaux multiplie les chances de perturbations affectives. Selon Rutter (1979, in Tessier, 1980), la présence d'un seul indice de désorganisation dans la famille ne perturbe pas plus les enfants que lorsqu'il y en a aucun. La présence de plus d'un indice fait doubler le taux d'inadaptation et la présence de quatre indices ou plus fait tripler ce taux. C'est un exemple d'augmentation géométrique des difficultés en fonction de l'addition des facteurs de risque. Ainsi, l'expérience de Rutter a montré que les enfants soumis à des stress multiples sont plus vulnérables: les six facteurs qu'il a identifié comme les plus fortement reliés aux désordres psychiatriques sont les suivants: désordre psychiatrique maternel, criminalité parentale, discorde maritale sévère, faible statut social, surpopulation familiale et placement en foyer nourricier. Avec la présence de deux ou trois facteurs, l'enfant a 6 pour cent des chances de développer un désordre psychiatrique, 4 fois plus que ceux chez qui on ne retrouve aucun ou un seul facteur. Avec 4 facteurs de stress ou plus, l'enfant connaît 21 pour cent de chances.

Un autre mode d'interaction est celui de l'effet transactionnel; la présence d'un facteur augmente les chances d'apparition d'un autre facteur de risque (Rutter 1974, in Rae-Grant, 1979). Par exemple, une situation de désavantage psychosocial prédispose à un petit poids à la naissance.

Ce modèle peut aussi porter l'attention sur l'influence de l'interaction entre l'enfant et sa famille sur l'issue d'une situation à risque (Sameroff et Chandler, 1975). Ici, l'adaptabilité de l'environnement est vue comme un continuum allant d'un niveau très élevé capable de rencontrer les besoins des enfants les plus en détresse jusqu'à un niveau très faible où il ne peut rencontrer même les besoins des enfants les moins en détresse. Ceci, en interaction avec divers niveaux de besoins des enfants, peut aboutir à plus ou moins de perturbations affectives de part et d'autre.

Escalona (1974, in Kornberg et Caplan, 1980) et Zubin (1977, in Hartman, 1979) soulignent l'importance d'une variable intermédiaire entre la somme de facteurs intrinsèques et extrinsèques. Ainsi, le degré auquel une personne est à risque dépend de la variable « pression ». Cette variable est définie comme tout événement environnemental actuel vécu par l'individu comme une demande additionnelle à son potentiel d'ajustement. Cette pression dépend de trois facteurs: 1) la fréquence, l'intensité et la durée des événements stressants; 2) la difficulté de s'entendre avec les autres; 3) la

nature et le nombre de sources compensatoires de renforcement positif disponibles à l'individu.

C'est ainsi qu'en s'élaborant, le modèle interactif se complexifie lorsqu'il s'agit de tenir compte de plus en plus de variables qu'on reconnaît comme importantes dans l'action des facteurs de risque.

Albee (1978) présente une équation qui résume le rôle relatif des différentes variables dans leur interaction complexe :

$$\text{Incidence de trouble (mésadaptation)} = \frac{\text{Facteurs organiques}}{\text{Compétences et aptitudes adaptatives (coping skills)}} + \frac{\text{Stress}}{\text{Estime de soi + soutien}}$$

Un modèle proposé par Caplan (1984) montre un ensemble de variables intermédiaires entre les facteurs de risque et l'issue éventuelle. Ces variables intermédiaires se divisent en 4 catégories : 1) les facteurs favorisant le développement des compétences chez l'enfant comme le comportement des personnes significatives (surtout les parents) dans leur façon d'apporter la stimulation environnementale appropriée ; 2) les patterns de compétence eux-mêmes tels que la qualité de l'identité et de l'image de soi, la maîtrise et la tolérance à la frustration et les aptitudes à la résolution de problèmes matériels et sociaux ; 3) la réaction aux stress récente ou actuelle : maîtrise active ou abandon passif ; 4) les soutiens sociaux, cognitifs, émotifs, matériels.

Modèle écologique

Ce modèle encore mal connu parce que incomplet, fait l'objet de beaucoup d'intérêt chez les tenants d'une approche de prévention plus axée sur l'action sociale. À partir des nombreuses observations concernant la relation entre les caractéristiques de l'environnement et le bien-être émotif des individus, Albee (1978) veut adopter le modèle écologique selon lequel les effets de l'environnement ne sont pas constants sur tous les individus. Il existe des combinaisons écologiques (écological matches), certains environnements facilitants pour certains peuvent être étouffants pour d'autres. Ainsi, une situation dans laquelle une personne tente de fonctionner à l'intérieur d'un environnement avec lequel elle est incompatible devient une source de détresse. Les interrelations complexes impliquées par cette perspective ne sont pas encore toutes connues. Il existe cependant plusieurs données pour montrer que les variations du climat social sont reliées aux devenirs individuels dans des domai-

nes de santé mentale et que ces devenirs peuvent varier d'une personne à l'autre. Bien que les individus résistent différemment aux pressions environnementales, la réduction des stress environnementaux occasionne une diminution des perturbations affectives. De plus, le système du support social d'un individu constitue un facteur clé pour déterminer la réponse à l'événement stressant de l'environnement.

Albee souligne que pour répondre adéquatement aux besoins de développement de la recherche en prévention, une nouvelle approche est nécessaire. Ceci est dû au fait que l'on constate que, contrairement au domaine des maladies physiques auxquelles on a emprunté le modèle de recherche, les perturbations affectives s'avèrent multidéterminées par un grand nombre de facteurs interactifs. Il suggère l'approche suivante pour déterminer les populations à risque: 1) identifier les expériences ou événements stressants qui ont des conséquences indésirables chez une proportion significative de la population et développer des procédures pour identifier de façon valide les personnes qui ont subi ou subissent de tels événements; 2) étudier les conséquences de ces événements chez une population en confrontant les expériences ultérieures de maladie ou de problèmes affectifs avec ceux d'une population comparable. Ce mode d'approche suppose que, de la même façon qu'une seule perturbation peut provenir d'une variété d'événements stressants, tout stress spécifique peut précipiter une variété de désordres comme résultat de différentes histoires et de différents patterns de forces et de faiblesses chez les individus.

Cette approche tente de mettre de côté le rôle en prévention d'une théorie de mécanismes causals dans des désordres spécifiques. Elle adapte un modèle écologique par opposition à un modèle psychologique ou « l'hypothèse psychogénique » (Kessler et Albee, 1975). Pour Kornberg et Caplan (1980), une conception écologique de la prévention semble adéquate dans le champ en expansion de la santé mentale communautaire. Il est nécessaire de connaître comment les structures sociales interagissent avec les individus pour promouvoir le bien-être physique et mental. D'autre part, on s'interroge sur leur mode d'action sur de larges sections de la population.

Un exemple d'une approche écologique des causes est donné par Babor et Berglas (1981) pour la prévention de l'abus d'alcool chez les adolescents. Ils disent utiliser une approche écologique systémique qui suppose un ensemble d'interventions coordonnées et intégrées dirigées vers les systèmes sociaux présumés influents

sur l'abus de drogue et d'alcool à l'intérieur de l'écologie naturelle de l'adolescent. L'approche systémique suppose que le processus d'influence qui maintient l'abus est socialement intervenant et réciproquement déterminé à travers une interaction continuelle entre les variables psychologiques, behaviorales et environnementales. Ainsi, les facteurs d'influence sont redéfinis en fonction de systèmes sociaux concentriques autour de l'individu, qui varient en intimité, influence et complexité. Au niveau individuel, l'organisation de la personnalité joue un grand rôle dans la susceptibilité à développer le problème (contrôles personnels, attitudes sociales, motivations). Les groupes primaires viennent ensuite : la famille nucléaire, les réseaux de pairs. Les groupes secondaires sont formés des personnes familières mais moins intimes et influentes telles que les voisins, les employeurs, les professeurs et les compagnons de classe. Ces groupes comprennent les institutions qui favorisent le développement du sens communautaire et aident à l'intégration à l'intérieur de la société. L'interaction entre les différents systèmes serait gouvernée par quatre grands principes empruntés à la perspective écologique développée par Kelly (1966, in McCulloch, 1980) : l'adaptation, l'interdépendance, le recyclage des ressources et la succession.

On peut déplorer que l'approche écologique n'offre pas encore d'outils très pratiques pour l'étude de l'univers complexe qu'elle embrasse. Nous voulons cependant en retenir ici la nouvelle perspective qu'elle apporte sur l'étude des causes et facteurs de risque. En effet, il semble que l'étude des causes doive s'orienter vers une meilleure connaissance de leur mode d'action.

Selon Rutter (1977), la distinction n'est pas encore clairement faite entre les indicateurs de risque et les causes de désordre. Pour arriver à effectuer cette distinction, une meilleure connaissance des mécanismes impliqués est nécessaire. La plupart des recherches permettent d'identifier les enfants à risque mais on en connaît encore peu sur les raisons pour lesquelles ils sont à risque. Plus d'études sont encore nécessaires pour établir le lien causal entre les situations de risque et l'issue négative qui peut en résulter. Il est important aussi de tenir compte du fait que le processus causal implique souvent une chaîne de circonstances dont aucune ne peut être considérée individuellement comme fondamentale. Le processus doit être expliqué et compris comme un tout.

Ce problème qui consiste à démêler l'écheveau complexe des causes, Albee (1979) en fait l'objet central de ce qu'il appelle la « quatrième révolution » dans le domaine de la santé mentale. Le

changement amené par cette révolution est celui de la mise à l'honneur de la prévention. Selon l'auteur, le niveau de connaissances actuel sur les facteurs de risque incite à délaisser l'approche individuelle dans la recherche des causes pour considérer la pathologie de l'individu comme le reflet d'une pathologie sociale plus générale. En ce sens, les agents de prévention doivent devenir actifs dans le changement et l'amélioration des conditions de vie dans la société en réduisant le nombre de facteurs de stress, en relevant le niveau de compétence et en développant la faculté d'adaptation. À la limite, Kessler et Albee (1975) observent que toutes les sources majeures de stress et de détresse impliquent généralement quelque forme de manque de pouvoir et que l'amélioration de la santé mentale d'une population peut passer par l'acquisition d'un certain pouvoir, « empowerment », un sentiment d'être actif dans l'orientation de sa propre destinée.

Conclusion

Dans l'analyse de *l'impact* des facteurs de risque chez un individu, il y a plusieurs dimensions dont on doive tenir compte. Ces dimensions peuvent être d'ordre individuel comme, d'une part, la vulnérabilité au stress reliée à la constitution ou aux faiblesses dues aux stress cumulés ou chroniques et, d'autre part, la résistance amenée par la mise en action de compétences et permettant de réaliser une certaine maîtrise. Ainsi, l'impact d'un facteur de risque dépendra en partie du type de personne qu'il touche.

Ces dimensions sont aussi de l'ordre des processus d'action des facteurs de risque. Par exemple, certains auront un effet multiplicateur sur l'action des autres alors que la présence de certains facteurs rendra plus probable l'apparition d'autres facteurs. On comprend encore mal ces modes d'action et les différentes perspectives empruntées pour les éclairer méritent d'être encore mieux explicitées. Les discussions sur les modes d'action permettent cependant de montrer que l'impact d'un facteur de risque est rarement isolé et que la présence de ce facteur peut signifier une menace au développement de l'enfant.

Dans l'étude des catégories de facteurs de risque eux-mêmes, nous avons fait ressortir de façon générale les aspects sous lesquels leur action négative s'opère.

On peut se demander maintenant s'il est possible d'ordonner les facteurs de risque énumérés ici selon leur importance. Il est sans doute difficile de le faire de façon certaine étant donné la complexité

des modes d'action. Toutefois, il est possible d'en dire quelques mots. Tout d'abord, il semble évident que tous les facteurs reliés à la constitution ou au donné individuel à la naissance jouent un rôle crucial de par le fait qu'ils influencent les expériences les plus précoces de la vie autant sur le plan des apprentissages physiques que sur la plan des relations interpersonnelles. Les interventions orientées vers l'amélioration de la santé physique des femmes enceintes et la promotion de grossesses choisies dans des conditions adéquates assument un rôle important dans la prévention des troubles liés à la constitution de l'enfant ainsi qu'aux difficultés périnatales. De nombreux programmes de prévention s'adressent à la petite enfance. L'importance de leur rôle doit être reconnue en ce qui concerne par exemple l'établissement de la relation d'attachement mère-enfant, une meilleure connaissance des besoins et du développement du jeune enfant et la facilitation des interactions positives entre parent et enfant.

Les études sur le développement attirent aussi l'attention, d'une part, sur le fait que les transitions entre étapes peuvent créer une certaine vulnérabilité et, d'autre part, sur le fait qu'il existe une tension naturelle vers le développement en ce sens que le retrait d'un stress facteur de déviation dans la croissance sera probablement suivi d'un retour à la trajectoire de développement. Il ressort des études que les milieux familiaux les plus à risque sont ceux qui créent un environnement chaotique où la qualité des soins à l'enfant et la reconnaissance de ses besoins sont affectées. Les activités préventives dans de tels milieux s'assureront surtout du maintien d'une relation chaleureuse, constante avec une personne significative pour l'enfant et qui tout en jouant un rôle de modèle se préoccupe de l'avenir de cet enfant. Les situations de séparation et de divorce font partie des facteurs de stress les plus importants qui affectent le milieu familial et méritent une attention particulière en prévention.

L'hospitalisation, bien qu'elle ne touche pas l'ensemble des enfants, constitue un risque de trauma relié au niveau élevé d'anxiété qu'elle provoque. Les activités de préparation à l'hospitalisation et aux interventions de même que l'encouragement de la présence et de la participation des parents aux soins sont à privilégier.

Dans le cadre d'une approche écologique, il devient évident que les structures sociales jouent un rôle important dans le bien-être de l'individu. Ce rôle est toutefois complexe et multidéterminé. Il reste cependant que la perte d'un réseau social ou d'une certaine forme de soutien à travers ce réseau constitue un facteur de risque qui ajoute souvent à une position socio-économiquement faible. La

prévention doit s'intéresser à l'étude et à la compréhension de ces systèmes, de même qu'aux planifications urbaines. Il est essentiel de reconnaître et de respecter l'existence de réseaux physiques et sociaux.

Enfin, comme le souligne Rutter (1977), la nécessité de poursuivre la recherche apparaît clairement devant l'imprécision de nos connaissances sur les modes d'action des facteurs de risque. Ceci implique probablement plus d'investissement dans les études à long terme par le biais des méthodes de recherches longitudinales.

5. Les ressources du Québec pour répondre aux besoins de santé mentale des jeunes

Les ressources dont un peuple se dote pour répondre aux besoins de ses jeunes doivent être envisagées dans un large contexte socio-économico-culturel. On pourra se faire une idée de ce contexte en consultant l'Avis du C.S.M.Q. sur la notion de santé mentale.

Ce chapitre situe d'abord la place et l'organisation générale du réseau des Affaires sociales. Il présente ensuite le réseau des services de santé en y distinguant les services du secteur général de la santé et ceux du secteur spécialisé de la santé mentale. Le champ des affaires sociales est complété par la présentation du réseau des services sociaux et de celui des C.L.S.C. Prend ensuite place le réseau de l'éducation suivi d'un court exposé sur d'autres éléments importants pour soutenir et protéger la santé psychique des jeunes.

Chacune des parties de ce chapitre a été préparée par une personne différente identifiée au réseau dont elle a fait la présentation. Ceci et les particularités inhérentes à chacun des réseaux expliquent les différences qu'on pourra retrouver dans la façon d'aborder chacun d'eux. Ainsi, comme on l'a fait remarquer au chapitre 2 de cet Avis, on sera sans doute frappé ici par les différences de la terminologie utilisée dans la description de chacun des réseaux par rapport aux autres. Ces termes différents peuvent souvent recouvrir des réalités semblables mais il faut aussi comprendre qu'ils traduisent non moins souvent des façons bien différentes de percevoir et de concevoir ces mêmes réalités.

Un avertissement au lecteur s'impose à l'égard des données statistiques qu'on retrouve à l'intérieur de ce chapitre. Pour la plupart, si elles ont toujours été tirées de documents officiels ou de sources sérieuses, il faut être bien conscient qu'elles n'indiquent souvent que des ordres de grandeur. En effet, force est de constater que les bases de ces données, les méthodes de les cueillir et de les compiler sont tellement disparates et d'inégales qualités qu'il est pratiquement impossible, sauf en quelques secteurs précis ou en regard de quelques problématiques particulières, d'en tirer des renseignements indiscutables. Il ne faudra pas faire dire aux tableaux

statistiques présentés plus qu'ils ne peuvent signifier. Le C.S.M.Q. dans la préparation de cet Avis a fait un effort pour tenter d'obtenir ces données statistiques et ceux qui les ont recherchées et organisées l'ont fait au mieux dans les circonstances. Après avoir constaté l'imperfection du résultat obtenu, on a été tenté de retirer du texte plusieurs des tableaux statistiques pour finalement décider de les conserver. Même si les données chiffrées offertes ne sont pas toujours valides ou exactes, on a jugé qu'elles pouvaient quand même contribuer à la connaissance de certaines questions et ainsi avoir une utilité, à la condition qu'on sache les considérer dans une juste perspective et avec l'esprit critique nécessaire.

Le réseau des Affaires sociales

L'organisation des soins de santé est l'un des déterminants de la santé, tel qu'il a été écrit dans la publication *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde, 1981). Ce système de soins qui comprend l'ensemble des ressources et services tant préventifs, curatifs que de réadaptation a donc une incidence sur les problèmes de santé et l'impact de la maladie (*Objectif: santé*, 1984). Une description de l'organisation des services de santé et en particulier des services de santé mentale au Québec apparaît donc essentielle à la compréhension des différents facteurs qui facilitent ou non le maintien ou l'atteinte d'une bonne santé mentale dans la population. Avec le rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Castonguay, 1970) sur les services de santé et les services sociaux et la loi qui en découle, le Québec s'engagea dans la voie de l'intégration de ses services sociosanitaires. C'était dans cette perspective qu'un nouveau ministère fut créé, le ministère des Affaires sociales.

Considérations générales

Le ministère des Affaires sociales regroupe, sous une seule autorité, les activités relatives à la santé et à l'adaptation sociale. Cette double mission facilite l'élaboration de programmes qui tiennent compte des relations étroites entre les problèmes personnels et sociaux des citoyens. Il permet aussi, grâce à la législation locale, d'assurer une meilleure coordination dans l'organisation et la distribution des soins de santé et de services sociaux.

De façon plus particulière, une des caractéristiques de la Loi sur les services de santé et les services sociaux est « qu'elle ne fait aucune distinction entre les maladies mentales et physiques. L'application de cette loi accentue l'intégration des services psychiatriques

au réseau général des soins avec les mêmes objectifs pour l'ensemble des services de santé, c'est-à-dire l'accessibilité et la continuité des soins avec en plus l'objectif particulier d'intégration du malade mental à son milieu. La poursuite de ces objectifs accélère l'abolition de l'asile comme lieu privilégié des soins psychiatriques et la création de départements de psychiatrie et de cliniques externes dans les hôpitaux généraux » (Fontaine, 1982). Ce thème de réseau intégré, le rapport Bélanger (1973) l'abordait ainsi : « Les services de santé physique, de santé mentale et les services sociaux doivent être intégrés en un seul système. La santé physique ne peut en effet être dissociée de la santé mentale, pas plus qu'il n'est possible de traiter les problèmes sociaux distinctement de ceux de santé mentale et de santé physique ».

Bien qu'existant sous la direction d'un même ministère, il appert cependant que le domaine de la santé et le domaine social ont tendance à fonctionner en parallèle plutôt que de façon complémentaire, malgré certains efforts entrepris. L'impact de cette dualité se reflète jusqu'au niveau des intervenants. Une exception, les Centres locaux de services communautaires ou C.L.S.C. En effet, ceux-ci bien que relevant de la direction générale des programmes de services sociaux, intègrent dans les programmes qu'ils offrent et la composition de leur personnel à la fois des services de santé et des services sociaux. Une complémentarité optimale entre les services de santé et les services sociaux demeure toujours à atteindre cependant si on envisage l'ensemble du réseau.

• *Régions*

Le M.A.S. décentralise certaines de ses fonctions de planification, de programmation et de coordination au niveau des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux. Dans l'optique d'un réseau intégré, incluant le champ de la santé mentale, les fonctions du Conseil régional sont entre autres :

— de conseiller et assister les établissements dans l'élaboration de leurs programmes de développement et de fonctionnement des services de santé et des services sociaux et d'assumer les fonctions que le Ministre lui confie pour l'exécution de tels programmes ;
— de promouvoir l'échange, l'élimination des dédoublements et une meilleure répartition des services dans les régions ainsi que la mise en place des services communs à plusieurs établissements ;

— d'adresser au Ministre, au moins une fois par année, ses recommandations aux fins d'assurer une répartition adéquate sur son territoire des ressources consacrées aux services de santé et aux services sociaux et la meilleure utilisation possible des ressources disponibles. (Réf. : Loi sur les services de santé et les services sociaux)

Les centres de services sociaux ont une vocation régionale en matière de services sociaux aux personnes et aux familles.

• *Sous-régions*

Des départements de santé communautaire (D.S.C.), au nombre de 32, sont rattachés aux centres hospitaliers désignés à cette fin. Ils ont pour la plupart une mission sous-régionale, quelques-uns seulement ayant un territoire régional. La Loi sur les services de santé et les services sociaux[1] spécifie le mandat des D.S.C. comme étant celui :

— d'établir et de mettre à jour le profil de l'état de santé de la population du territoire du département ;
— d'identifier les problèmes de santé de la population et d'élaborer, évaluer et mettre à jour des programmes de santé communautaire et de promotion de la santé pour le territoire ;
— de veiller à la prévention et au contrôle des épidémies dans le territoire ;

le tout avec la collaboration des établissements et en tenant compte des priorités établies par le Conseil régional. À ces mandats, s'ajoutent des responsabilités identifiées au niveau de la Loi sur la santé publique et de celle sur la santé et la sécurité au travail.

Après avoir offert des services de prévention en santé communautaire en attendant l'implantation de C.L.S.C, et ce pendant près de dix ans et encore à l'heure actuelle pour certains d'entre eux, les départements de santé communautaire peuvent maintenant intensifier la réalisation de leur mandat. Dans le cadre des règlements de la Loi, ils ont ainsi une fonction de planification et de programmation, de concertation avec les établissements et le milieu. Ils peuvent ainsi identifier les problèmes et les besoins de santé tant physique que mentale de la population, rendre disponible une expertise professionnelle qu'ils ont su développer au cours des années,

1 Dans cette loi, le terme santé réfère à ses dimensions physique et mentale.

de même qu'une expertise de contenu dans le domaine de la prévention. Leur action se réalise davantage par une fonction de coordination en regard de leurs connaissances particulières plutôt qu'en regard d'un niveau d'autorité directe sur les établissements de leur région, en animant et supportant la concertation sous-régionale et en apportant un support à l'implantation et à la réalisation des programmes. Les D.S.C. ont un rôle important à jouer dans la diffusion de l'information en matière de santé physique et mentale et le développement de stratégies pour augmenter l'efficacité des interventions de promotion de la santé. Ainsi, l'analyse des problèmes de santé et des programmes qui en découlent se doit d'être soutenue par des études épidémiologiques et des projets d'évaluation.

Les D.S.C. n'offrent donc pas de services directs en santé mentale, mais leur mandat et leurs préoccupations les amènent à être des partenaires essentiels au réseau pour mieux identifier les problèmes et apporter des solutions et ce, avec la communauté. Un exemple est le document produit par le Comité consultatif en santé mentale de l'Association des directeurs de département de santé communautaire (1983) intitulé « Éléments pour une approche préventive en santé mentale communautaire ».

• *Niveau local*

Au niveau local ou de district, se retouvent les C.L.S.C. dont il sera question de façon plus détaillée. À l'intérieur des régions, mais sans vocation territoriale nécessairement nettement définie, on retrouve aussi les centres hospitaliers de courte durée et de longue durée, les centres d'accueil d'hébergement et de réadaptation. Les centres hospitaliers de courte durée et de longue durée relèvent de la direction générale de la santé alors que les centres d'accueil d'hébergement et de réadaptation dépendent de la direction générale des programmes de services sociaux.

Certains de ces centres ont des vocations spécifiquement reliées à la santé mentale : établissements psychiatriques, départements de psychiatrie dans les centres hospitaliers pour soins de courte durée, centre d'accueil de réadaptation, ou indirectement, tels les centres hospitaliers pour soins de longue durée, les centres d'accueil d'hébergement où la clientèle présente souvent des problèmes de santé mentale, bien que la raison d'admission soit d'ordre physique.

Le réseau de la santé

On peut définir le système des soins de santé comme « l'ensemble des ressources (professionnelles, établissements, etc.) structuré

en vue de fournir des services et des soins à la population dans le but d'améliorer son état de santé ».

Les ressources professionnelles du système de santé qui fournissent des services et des soins de santé mentale aux jeunes du Québec peuvent se regrouper en deux grands secteurs: le secteur spécialisé de la santé mentale et le secteur général de la santé. À ceci il faudrait ajouter des psychologues et divers autres psychothérapeutes de pratique privée dont les activités de nature psychologique touchent directement la santé mentale des jeunes mais qui ne sont pas identifiées du moins officiellement comme faisant partie du système de santé.

Le secteur général de la santé

Dans le secteur général de la santé, les soins d'ordre curatif ou préventif dispensés aux enfants le sont dans le cadre des structures suivantes:

1. *Bureaux des médecins*: généralistes, médecins de famille, pédiatres généralistes ou surspécialisés. Les patients accèdent à ces lieux de soins soit par choix délibéré ou dans les cas de consultation sur demande d'un médecin référant;
2. *Les C.L.S.C.*: dans leur programme de santé maternelle et infantile, les C.L.S.C. dispensent surtout des services préventifs. Les médecins travaillant dans les C.L.S.C. dispensent des services curatifs de même que des services préventifs. Le patient et sa famille ont accès au C.L.S.C. situé à proximité de leur domicile;
3. *Les hôpitaux régionaux et les hôpitaux spécialisés en pédiatrie* donnent les soins curatifs sur une base interne et également sur une base externe, ambulatoire. Les services de pointe, des soins tertiaires sont dispensés dans les hôpitaux pédiatriques spécialisés;
4. *Des pédiatres par des postes de consultants* auprès de diverses institutions (écoles, C.S.S.) remplissent également un rôle diagnostique, de coordination et d'orientation.

Les soins de santé dispensés aux enfants à l'exclusion des soins distribués par le secteur spécialisé de la santé mentale sont en grande partie des soins médicaux administrés par les médecins eux-mêmes. Toutefois, dans les centres hospitaliers en particulier, de nombreuses disciplines non médicales contribuent à rendre ces soins. Dans les hôpitaux pédiatriques surtout, certains professionnels jouent un rôle spécifique important quant à l'approche de la

dimension psychosociale des problèmes de santé des enfants et adolescents. Parmi ces professionnels, on peut mentionner les psychologues, les travailleurs sociaux et les différentes personnes de formation variée dont la tâche est de voir aux besoins non médicaux du patient hospitalisé : loisirs, éducation, etc. Le rôle du personnel de soins infirmiers dans une approche globale de la personne de l'enfant et de l'adolescent malades bien que difficile à quantifier est également primordial. D'autres professionnels ou techniciens dont le rôle est de dispenser des soins en fonction de problèmes précis, même parfois d'ordre purement somatique, ne peuvent éviter de faire face à des besoins de santé mentale dans l'exercice de leur travail ; on peut mentionner ici à titre d'exemple des soignants dont le rôle est aussi différent que celui des orthophonistes et celui des inhalothérapeutes. Pour la préparation de cet Avis, diverses contraintes n'ont pas permis une étude qui pourrait permettre des énoncés suffisamment justes pouvant situer de façon adéquate la part des disciplines dites non ou paramédicales dans la distribution de services et de soins de santé mentale aux jeunes du Québec dans le cadre du réseau des services de santé mais en dehors des services spécialisés de santé mentale.

Les médecins non-psychiatres et la santé mentale des jeunes au Québec

On peut se demander dans quelle mesure la santé mentale des jeunes fait partie des préoccupations professionnelles des médecins non-psychiatres et dans quelle mesure ils s'occupent effectivement de prodiguer des soins à des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il s'agit là d'une question bien difficile à cerner et à évaluer. Ce qui suit représente l'avis d'un pédiatre d'expérience[1] sur le sujet sans prétention d'offrir plus qu'une opinion éclairée par une connaissance raisonnable des milieux pédiatriques mais ne bénéficiant pas pour le moment des données d'enquêtes systématisées. Les données statistiques qui précèdent cette opinion sur la situation ont été compilées à la demande du C.S.M.Q. par madame Madeleine Rochon du Service des études et politiques de santé du M.A.S.

1 Dr Gloria Jeliu.

Tableau 1

Distribution des personnes âgées de moins de 18 ans ayant reçu un **traitement psychiatrique** dans le cadre de l'assurance-maladie, en établissement et en cabinet privé pour les services rémunérés à l'acte, selon la catégorie de médecins, le sexe et le groupe d'âge du bénéficiaire (Québec, année 1983)

Groupe d'âge	Sexe	catégorie de médecins (psychiatres exclus)									
		omnipraticiens		neurologues		pédiatres		autres		Total	
Moins de 18 ans	M	4 008	80,6 %	304	6,1 %	522	10,5 %	140	2,8 %	4 974	100 %
	F	8 210	92,5	168	1,9	377	4,2	122	1,4	8 877	100
	Total	12 218	88,2	472	3,4	899	6,5	262	1,9	13 851	100
0-9 ans	M	1 574	71,2	198	9	346	15,7	92	4,2	2 210	100
	F	1 342	77,2	109	6,3	218	12,5	70	4	1 739	100
	Total	2 916	73,8	307	7,8	564	14,3	162	4,1	3 949	100
10-17 ans	M	2 934	88	106	3,8	176	6,4	48	1,7	2 764	100
	F	6 868	96	59	0,8	159	2,2	52	0,7	7 138	100
	Total	9 302	94	165	1,7	335	3,4	100	1	9 902	100

Source: compilations effectuées à partir du fichier de la R.A.M.Q., à la Direction de l'évaluation, M.A.S., selon les indications du Service des études et politiques de santé.

Tableau 2

Distribution des personnes âgées de moins de 18 ans ayant reçu un **diagnostic** de trouble mental dans le cadre de l'assurance-maladie, en établissement et en cabinet privé pour les services rémunérés à l'acte, selon la catégorie de médecins, le sexe et le groupe d'âge du bénéficiaire (Québec, année 1983)

Groupe d'âge	Sexe	catégorie de médecins (psychiatres exclus)									
		omnipraticiens		neurologues		pédiatres		autres		Total	
Moins de 18 ans	M	6 956	44 %	1 289	8,1 %	6 852	43,2 %	743	4,7 %	15 840	100 %
	F	9 124	60,9	615	4,1	4 635	30,9	619	4,1	14 993	100
	Total	16 080	52,2	1 904	6,2	11 487	37,3	1 362	4,4	30 833	100
0-9 ans	M	2 941	30	923	9,4	5 510	56,1	444	4,5	9 818	100
	F	2 152	34,1	406	6,4	3 499	55,4	258	4,1	6 315	100
	Total	5 093	31,6	1 329	8,2	9 009	55,8	702	4,4	16 133	100
10-17 ans	M	4 015	66,7	366	6,1	1 342	22,3	299	5	6 022	100
	F	6 972	80,3	209	2,4	1 136	13,1	361	4,2	8 678	100
	Total	10 987	74,7	575	3,9	2 478	16,9	660	4,5	14 700	100

Source : compilations effectuées à partir du fichier de la R.A.M.Q., à la Direction de l'évaluation, M.A.S., selon les indications du Service des études et politiques de santé.

Quelques données statistiques

Les données qui suivent ont été obtenues par une exploitation du fichier de la R.A.M.Q. Elles ont trait aux enfants et adolescents chez qui un diagnostic psychiatrique a été posé ou à qui un traitement psychiatrique a été dispensé. Les renseignements ne concernent que les services médicaux rémunérés à l'acte excluant les services rémunérés à salaire ou à la vacation. Ils concernent les services rendus tant en bureau qu'en établissement. Dans l'appréciation de ces données, il est important de noter que 45 pour cent des services de la R.A.M.Q. n'avaient pas de diagnostic codé, donc que certains bénéficiaires ont pu recevoir un diagnostic sans que celui-ci ne soit codé. Bien qu'on ne puisse estimer un ordre de grandeur pour corriger ces données, il est juste d'affirmer que les nombres apparaissant dans les tableaux constituent des minima.

Les données obtenues concernant les traitements et diagnostics psychiatriques dans le cadre de services rémunérés à l'acte permettent de comparer la proportion de ces services rendus par diverses catégories de médecins. Elles ne permettent pas de comparer toutefois la proportion de ces services rendus, d'une part, par les médecins non-psychiatres et, d'autre part, par les psychiatres, le mode de rémunération de ces derniers étant très majoritairement autre qu'à l'acte (vacation surtout). Les données relatives aux services rendus par les psychiatres ne sont qu'en partie accessibles par l'exploitation du fichier de la R.A.M.Q.

Ces données indiquent qu'en 1983, 30 833 actes diagnostiques de troubles mentaux chez les 0-18 ans ont été posés par des médecins non-psychiatres rémunérés à l'acte, dont 52 pour cent par des omnipraticiens et pédiatres. On note d'autres différences intéressantes : les omnipraticiens posent deux fois plus de diagnostics psychiatriques en rapport avec la population des 10-17 ans que pour les 0-9 ans et à cet âge, surtout chez les adolescents (7 : 4) ; leur implication dans le traitement psychiatrique des adolescentes est nettement plus marquée. Les pédiatres pour leur part posent beaucoup plus de diagnostics chez les 0-9 ans que chez les 10-17 ans (3,6 : 1), surtout chez les garçons (5 G : 3 F). La proportion de leurs actes de traitement psychiatrique par rapport aux actes diagnostiques est très faible si on la compare à celle des omnipraticiens.

Les courants et changements qui orientent la pratique pédiatrique vers une plus grande attention aux questions de santé mentale des jeunes

1. L'émergence progressive d'un *concept de l'enfance* comme une période particulière du développement de l'humain avec ses *besoins propres*, *ses vulnérabilités*, *ses périodes critiques* fait de plus en plus partie intégrante de la philosophie partagée par les professionnels médecins travaillant avec les enfants.
2. Les dernières décennies ont vu se dérouler de nombreux travaux sur le rôle de l'environnement comme promoteur ou encore ralentisseur d'un développement harmonieux de l'enfant.

   Les travaux classiques de Bowlby (1951), Spitz (1949) et Klaus (1976) ont successivement sensibilisé le monde médical et pédiatrique au *rôle néfaste de la séparation précoce mère-enfant*, au rôle traumatisant des séparations brèves mal préparées en milieu de garderie, d'hôpital, et à *l'effet possiblement nocif* des *pratiques conventionnelles des services de maternité* sur le lien mère-enfant.

   Ces travaux ont certainement été à l'origine de pratiques de plus en plus fréquentes concernant l'humanisation des hôpitaux. Au Québec, citons dans cet ordre d'idée :

   a) la *libéralisation* progressive des *heures de visites des parents* auprès des enfants hospitalisés avec la possibilité de cohabitation — parfois dans des conditions peu confortables. Mais l'acceptation de telles pratiques (qui devraient être conservées et améliorées) témoigne bien de la préséance qu'accordent médecins, administrateurs et parents aux besoins émotifs sur le confort ou les règles excessives et suranées (dans certains cas) d'asepsie ;

   b) la *cohabitation* tolérée ou même suggérée en *période post-natale* entre mère et enfant (à offrir et faciliter — sans pression indue) ;

   c) les *visites des frères et soeurs* dans les maternités et les pouponnières (à généraliser) ;

   d) l'émergence timide des campagnes de *sensibilisation des employés d'hôpitaux* (infirmières et autres) *aux besoins d'un enfant hospitalisé*. Citons à cet égard un projet qui s'est déroulé à l'hôpital Sainte-Justine depuis deux ans, intitulé « Approche-toi un peu », où des professionnels plus familiers avec la psychologie de l'enfant discutaient avec des groupes

d'employés sur l'enfant hospitalisé, ses réactions, ses besoins, ses angoisses, etc.

De telles initiatives bien organisées pourraient être généralisées à tous les services de pédiatrie et hôpitaux pédiatriques dans la province et permettraient indirectement de diminuer les traumatismes émotifs et physiques infligés inconsciemment par l'équipe de soins et les services auxiliaires d'un hôpital.

3. Les nouveaux courants biosocial et psychosomatique sont perçus depuis plusieurs années dans le monde pédiatrique.

   Courant biosocial

   Les travaux de Kempe (1971), Jeliu (1980) ont dévoilé les effets néfastes des rapports parentaux non harmonieux sur le développement et l'intégrité corporelle des enfants qui en sont les victimes. Des législations ad hoc, des structures nouvelles ont constitué les réponses gouvernementales à ce domaine de connaissances.

   Le monde pédiatrique et médical du Québec dans son ensemble a donné des réponses partielles à cette prise de conscience plus sociale que médicale même si nous savons que les initiateurs (Kempe et al. pour le 20e siècle) étaient des médecins.

   Le mandat social des pédiatres sensibilisés de façon plus profonde à ce problème s'est traduit par la création de cliniques de protection de l'enfance parfois pluridisciplinaires où le rôle médical s'est beaucoup orienté vers un objectif d'évaluation et d'orientation conjointement avec les structures de protection officielles (Direction de la Protection de la jeunesse, D.P.J.)

   Courant psychosomatique

   Le courant psychosomatique de la pédiatrie a été révélé en France par Kreisler (1978) et a conduit au Québec à une connaissance plus intime chez les professionnels, des interrelations existant entre les perturbations somatiques et psychologiques. L'importance qui est accordée actuellement aux manifestations psychosomatiques de la petite enfance (troubles du sommeil, anorexie, coliques, hyperactivité) témoigne de la force progressive de ce concept. Les pédiatres qui bien souvent dispensaient des conseils directifs ou tout simplement balayaient du revers de la main les préoccupations parentales de ces jeunes parents, commencent à devenir conscients de la nécessité d'accorder plus de temps à ces demandes parentales et de parfaire

leur formation dans ce domaine. L'enseignement aux futurs pédiatres tient davantage compte de ces besoins (cf. chapitre 7).

4. Les *changements* au niveau *de la morbidité pédiatrique elle-même* ne peuvent que renvoyer au concept de prévention et de promotion de la santé mentale.

   La place importante qu'occupent de plus en plus les maladies chroniques avec leur retentissement possible sur le développement affectif et cognitif de l'enfant, leur retentissement sur l'équilibre familial (fibrose kystique du pancréas, diabète, maladies allergiques, tube digestif) force les praticiens impliqués auprès des familles à considérer, parfois à leur corps défendant, des éléments affectifs de l'équilibre global de leurs patients.

   Les cliniques multidisciplinaires surspécialisées qui gravitent dans les centres universitaires répondent parfois partiellement aux dangers émotifs engendrés par la maladie chronique. L'emphase est encore trop solidement mise sur les aspects organiques importants de ces maladies. Mais des initiatives locales naissent et émergent. Des consultants en psychiatrie participent aux travaux de ces équipes multidisciplinaires. D'autres professionnels (psychologues) en font également partie. Il reste que ces interventions sont ponctuelles et ne suffisent probablement pas à tempérer les effets de la maladie chronique. D'autres initiatives existent et suggèrent de plus en plus la force importante qui est puisée par les familles dans des regroupements de parents affectés par les mêmes maladies chez leurs enfants.

   La dimension psychique ou psychosociale de la santé des jeunes prend donc une place plus visible dans la pratique hospitalière et de bureau des médecins spécialistes et généralistes s'occupant d'enfants. On peut sans doute affirmer toutefois que le concept de prévention en santé mentale n'y est encore qu'embryonnaire. Les exemples ponctuels suggérés plus haut permettent de penser que chez les médecins, ce mouvement encore modeste vers une attention plus adéquate à la santé mentale est soutenu par diverses raisons :

1. une *pression de la clientèle* de plus en plus consciente de l'importance d'une bonne adaptation scolaire et sociale et de plus en plus préoccupée du spectre de la délinquance et de la mésadaptation sociale ;
2. une *modification de la morbidité* et une émergence et *reconnaissance de la place de nouvelles « pathologies psychosociales »* :

enfant négligé, enfant maltraité, parents marginaux ou en difficulté, enfants de couples dissociés, adolescents en mésadaptation familiale et sociale ;

3. un *rôle* significatif *des minorités avec mésadaptations individuelles* ou culturelles, qui renvoie le médecin à la nécessité de connaître le rôle des forces positives dans le phénomène de l'éducation de jeunes enfants.

Le secteur spécialisé de la santé mentale

Ce secteur est en très grande partie constitué par le réseau des services de psychiatrie infanto-juvénile du Québec qui sont pratiquement tous rattachés aux hôpitaux. Ce sont théoriquement des services de second niveau. Leur rôle est centré sur l'évaluation et le traitement des pathologies psychiatriques et la réadaptation. Dans la mesure où les interventions précoces chez les enfants en bas âge peuvent être identifiées comme préventives, l'un des objectifs de ces services est la prévention. Toutefois, sauf dans une proportion restreinte, l'objectif de prévention primaire en santé mentale demeure plutôt implicite qu'explicite et bien réel au sein de ces services.

La clientèle des services pédopsychiatriques

La clientèle qui fait l'objet de services directs par les équipes pédopsychiatriques est très variée quant à la pathologie. Les types de pathologie traités par ces équipes dépendent beaucoup des ressources dont elles disposent en propre et du contexte qui constituent les autres éléments des réseaux locaux d'éducation et de services sociaux qui s'occupent des enfants en difficulté. Le registre des pathologies va des pathologies les plus graves telles les psychoses et prépsychoses, jusqu'aux problèmes d'adaptation plus ou moins transitoires. Les clientèles avec problèmes graves effectivement traitées sont plus importantes dans les hôpitaux qui ont des ressources d'hospitalisation et pour soins de jour alors que les services pédopsychiatriques qui opèrent dans des hôpitaux pédiatriques ou dotés de services de pédiatrie ont en général des clientèles plus importantes affligées de problèmes d'ordre psychosomatique.

Bien que les pathologies psychiatriques des enfants et adolescents ne soient pas toujours dans les faits classifiées de la même manière d'un centre à l'autre, malgré les efforts et progrès accomplis en ce sens, les grandes catégories suivantes proposées il y a une vingtaine d'années par le Group for the Advancement of Psychiatry (américain) sont encore signifiantes pour la pratique :

1. variations de la normale;
2. troubles réactionnels;
3. déviations du développement;
4. troubles névrotiques;
5. troubles de la personnalité et du caractère;
6. troubles psychotiques;
7. troubles psychophysiologiques;
8. syndrome organique cérébral;
9. arriération mentale.

Bien que cette classification n'ait pas de caractère officiel et qu'elle ne réponde plus aux exigences scientifiques actuelles de la recherche en pédopsychiatrie, elle est cependant assez simple et correspond relativement bien à d'importantes réalités pour permettre d'établir un pont de compréhension avec les classifications utilisées dans les autres éléments du système d'aide à l'enfance en difficulté.

L'importance de la clientèle desservie par les services de pédopsychiatrie n'a pu être déterminée avec exactitude à cause des difficultés à obtenir et compiler les données statistiques. Les données du Tableau 1 en ce qui concerne le total des nouveaux cas pour les années 1982-1983 et 1983-1984 sont incomplètes, tous les établissements offrant les services concernés n'ayant pu fournir l'information requise. Comme ordre de grandeur, le nombre de nouveaux cas dans les cliniques externes de pédopsychiatrie se serait situé autour de 7 000 en 1982-1983 et de 8 000 en 1983-1984. La répartition des enfants et adolescents selon les groupes d'âge a été établie sur la base de données disponibles ne couvrant que la moitié du nombre total des bénéficiaires.

Tableau 1

Nouveaux cas dans les cliniques externes de pédopsychiatrie

	Total	% garçons	% filles	% 0-13 ans	% 14-17 ans
Nouveaux cas 1982-1983	6 740	61 %	39 %	72 %	28 %
1983-1984	7 510	60 %	40 %	71 %	29 %

Il n'y a pas de données disponibles concernant les enfants qui seraient vus par des pédopsychiatres rémunérés à la vacation dans d'autres cadres que les cliniques externes des services pédopsychiatriques. La R.A.M.Q. a cependant fourni des statistiques pour les

personnes âgées de moins de 18 ans ayant bénéficié de services rémunérés à l'acte en établissement et en cabinet privé et rendus par des psychiatres (psychiatres généralistes et pédopsychiatres n'étant pas distingués dans les statistiques) (Tableaux 2 et 3). Il est impossible de savoir si ces données représentent l'ensemble des cas vus à l'acte par des psychiatres car, pour être compilées, les données diagnostiques doivent être codées. D'une façon générale, 45 pour cent des services ne sont pas accompagnés d'un diagnostic codé. Il est possible que, pour les psychiatres voyant des malades identifiés à leur spécialité, une plus grande proportion de diagnostics soient codés.

Tableau 2
Personnes âgées de moins de 18 ans, ayant reçu un **diagnostic** de trouble mental dans le cadre de l'assurance-maladie, en établissement et en cabinet privé pour des services rendus par des psychiatres rémunérés à l'acte, selon le sexe et le groupe d'âge du bénéficiaire[1]

	0-9 ans			10-17 ans			moins de 18 ans		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
1982	773	406	1 179	1 185	1 129	2 314	1 958	1 535	3 493
1983	800	378	1 178	1 177	1 057	2 234	1 977	1 435	3 412

Tableau 3
Personnes âgées de moins de 18 ans ayant reçu un **traitement psychiatrique** dans le cadre de l'assurance-maladie, en établissement et en cabinet privé pour des services rendus par des psychiatres rémunérés à l'acte, selon le sexe et le groupe d'âge des bénéficiaires.

	0-9 ans			10-17 ans			moins de 18 ans		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
1982	837	420	1 257	1 185	1 066	2 251	2 022	1 486	3 508
1983	816	385	1 201	1 137	1 019	2 156	1 953	1 404	3 357

1 Source des données des tableaux 2 et 3: compilation effectuée à partir du fichier de la R.A.M.Q. par la Direction de l'évaluation du M.A.S. selon les indications du Service des études et politiques de santé.

Les fondements théoriques de l'activité professionnelle

En pratique, on reconnaît généralement dans les services pédopsychiatriques que les problèmes de santé mentale des enfants et adolescents peuvent être liés à des facteurs de divers ordres:

— facteurs de nature biologique innés ou acquis;
— facteurs de nature psycho-affective;
— facteurs de nature socioculturelle.

Les traitements prescrits sont précédés d'une évaluation la plus large possible du sujet qui présente un problème et de son environnement. Comme les aspects d'un problème de santé mentale sont souvent multiples et qu'ils peuvent requérir des approches de nature diverse, la tradition des services pédopsychiatriques au Québec a été depuis les débuts de leur développement de les faire traiter par des équipes multidisciplinaires. Historiquement, trois disciplines constituaient l'équipe, chacune apportant une spécialisation particulière pour approcher les problèmes: la pédopsychiatrie (les aspects biologiques et affectifs), la psychologie (les aspects cognitifs) et le service social (les aspects sociaux).

Dans la décennie 1960-1970, l'approche des problèmes s'est enrichie de l'apport de professionnels de plusieurs autres disciplines: éducateurs spécialisés, ergothérapeutes, infirmiers, orthophonistes, orthopédagogues, psycho-éducateurs, psychomotriciens, etc. Parallèlement, le concept de psychiatrie communautaire se développait mais ce développement, quoique beaucoup plus tangible en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie adulte, devait quand même demeurer inégal selon les endroits et, somme toute, plutôt limité.

Selon les cas, selon les disciplines qui composent les équipes et le genre de formation que leurs membres ont reçu ou qu'ils privilégient, les problèmes de la clientèle, rencontrés dans les services pédopsychiatriques, sont généralement envisagés selon les principales façons suivantes:

1. ils résultent de conflits interpersonnels actuels;
2. ils sont les témoins de conflits intrapsychiques;
3. ils traduisent le vécu de situations de stress;
4. ils résultent de mauvais apprentissages dans le développement des habitudes ou des relations sociales;
5. ils sont la conséquence de carences ou de déviations dans les apports psychosociaux passés ou actuels;
6. ils sont des problèmes de fonctionnement du système familial;

7. ils sont causés ou aggravés par la qualité inadéquate de divers éléments du système social: milieu scolaire inadéquat, communautés désorganisées ou non suffisamment organisées, etc.;
8. ils traduisent des déficiences ou des dysfonctions neurologiques ou neuropsychologiques (atteintes ou dysfonctions cérébrales);
9. ils sont liés à des difficultés du développement cognitif;
10. ils sont liés à l'existence de maladies organiques ou de handicaps ou en sont la conséquence plus ou moins directe.

À noter qu'une même situation peut être envisagée selon une combinaison de ces perspectives.

Les services offerts par les équipes de psychiatrie infantile et juvénile

Services directs à l'enfant et à la famille

L'évaluation

C'est un service fréquent qui consiste à identifier la nature d'un problème, à l'interpréter aux consultants (famille habituellement), et qui comporte des recommandations ou des conseils. Ce service n'entraîne pas nécessairement une prise en charge subséquente par l'équipe consultée. Cependant, si la nature du problème nécessite des interventions subséquentes, c'est la première étape d'un programme de soins.

Thérapies et rééducations diverses

Ces thérapies s'adressent à l'enfant, à ses parents ou à ceux qui en ont la charge, ou à la famille; elles sont dispensées dans le cadre de cliniques externes ou de points de services équivalents. Les approches choisies sont fonction des besoins identifiés et des ressources disponibles:

— psychothérapies individuelles;
— rééducations individuelles;
— orientation et thérapie parentales;
— psychothérapie parents-enfant;
— thérapies familiales;
— psychothérapie de groupe pour enfant;
— orientation parentale de groupe;
— intervention en situations de crise;
— approche du réseau primaire.

Ces traitements et rééducations sont de différents types possibles dépendant de la formation des thérapeutes ou rééducateurs. Ils peuvent être combinés. Ils ne sont pas disponibles partout.

La fréquence et la durée de ces traitements sont variables. Dans bien des cas, le traitement est hebdomadaire. Les thérapies sont dites brèves si elles n'impliquent que quelques séances dans une période d'au plus quelques mois. Certains traitements sont longs et peuvent s'étendre sur quelques années.

Pharmacothérapie

L'usage de médications psychotropes est beaucoup moins important en pédopsychiatrie qu'avec les adultes. Cette forme de traitement a cependant ses indications précises. Dans les services pédopsychiatriques, elle s'allie aux autres approches.

Thérapie de milieu

Certains enfants et adolescents dont les problèmes sont importants nécessitent une approche intensive en milieu thérapeutique. Ce service leur est offert à certains endroits :

— hospitalisation en milieu psychiatrique spécialisé de durée variable (courte, moyenne ou longue) ;
— hospitalisation de jour et plus rarement de nuit ; classes de jour en milieu hospitalier où l'approche dominante est celle de l'éducation spécialisée ;
— foyers de groupe thérapeutiques.

Dans certains hôpitaux, les adolescents peuvent être hospitalisés dans des services pour adultes, habituellement pour des soins de courte durée.

Certains enfants et adolescents peuvent aussi être hospitalisés dans des services pédiatriques pour des soins de courte durée tout en bénéficiant des soins d'une équipe pédopsychiatrique.

Placement familial spécialisé

Un hôpital a sous sa responsabilité directe des foyers familiaux thérapeutiques. Certains centres utilisent ce mode de traitement après entente avec un C.S.S.

Services indirects à l'enfant et à la famille

Beaucoup d'enfants et adolescents présentant des problèmes psychiatriques se retrouvent ailleurs que dans les services de psy-

chiatrie infanto-juvénile. Ils reçoivent des services d'autres éléments du système des services sociaux ou du système d'éducation.

La consultation auprès des intervenants de ces autres services représente une part importante des activités de plusieurs équipes de psychiatrie infanto-juvénile. La collaboration de ces divers intervenants peut prendre des formes variées:

1. consultation auprès des intervenants pour établir un diagnostic, et/ou définir un plan d'aide. Ceci peut comporter ou non une participation directe à l'évaluation;
2. participation à un suivi thérapeutique dans le cadre de discussions de cas;
3. supervision de thérapies;
4. participation à l'évaluation de milieux de vie, de programmes d'aide et à leur développement;
5. participation à des activités et programmes d'éducation des intervenants.

Ces services de consultation et d'éducation varient beaucoup selon les milieux. Ils peuvent être minimes à certains endroits et poussés dans d'autres. Ils sont relativement importants et fréquents dans les services pédiatriques quand le service pédopsychiatrique est situé dans le même hôpital. Ils sont relativement fréquents auprès des personnels scolaires et, alors, consistent surtout en des discussions de cas. Ils sont variables auprès des C.S.S., des centres d'accueil et des intervenants de la D.P.J. Absents en maints endroits, non requis au contraire ou bien désirés, ils font l'objet d'ententes précises et peuvent alors être bien établis. Il s'agit à ce moment-là le plus souvent de discussions de cas concernant l'évaluation ou l'orientation des prises en charge.

Des types divers de collaboration sont établis entre des équipes pédopsychiatriques et des C.L.S.C. Dans certains cas, des équipes pédopsychiatriques ont établi des points de services directs à la population dans les locaux du C.L.S.C. Cette proximité facilite le développement des modalités de collaboration énumérées plus haut. À quelques endroits, l'articulation avec le C.L.S.C. rend possible des actions concertées de nature préventive.

Certains centres ont des équipes itinérantes qui desservent les populations de régions dépourvues de service: ces équipes offrent des services directs et indirects.

La participation à une approche globale de la santé mentale des jeunes

L'approche des équipes de psychiatrie infanto-juvénile s'efforce de comprendre l'individu dans ses diverses dimensions. La pratique conduit souvent à une collaboration des divers intervenants des systèmes éducatif et social et d'autres ressources communautaires. Cette approche demeure généralement centrée sur le client. L'identification de certains facteurs de risque de la santé mentale dans les milieux institutionnels (par exemple les hôpitaux et services pédiatriques) a aussi conduit à des actions visant à changer ces milieux dans une perspective de prévention.

La participation au travail d'équipes responsables de programmes de prévention a commencé de se faire au sein de certains C.L.S.C. et, dans quelques D.S.C., des membres des équipes de psychiatrie infantile et juvénile ont été appelés à contribuer aux développements de programmes de santé mentale pour les jeunes.

Le fait que les C.L.S.C. et même les D.S.C. soient encore très mal équipés pour approcher les problèmes de population et du milieu plutôt que les problèmes de clientèle permet de comprendre que les services en psychiatrie infanto-juvénile soient eux-mêmes encore loin d'envisager la santé dans une perspective aussi globale.

Le réseau des services sociaux[1]

Introduction

Une vue d'ensemble, même schématique, de la santé mentale des jeunes et des adolescents, telle qu'elle peut être perçue dans sa dimension sociale par ceux qui assument la responsabilité de la protéger et de voir à son développement, comprend plusieurs éléments.

Il y a lieu tout d'abord de rappeler quelques événements problématiques qui peuvent avoir une influence négative sur le développement psychosocial de l'enfant.

Événements problématiques

Le chômage, la pauvreté, l'éclatement des structures familiales, la violence, l'immigration, les événements tragiques tels la maladie, les décès, les accidents, la naissance d'enfants handicapés sont

1 À la demande du C.S.M.Q., ce chapitre a été préparé par Mme Claire Sylvestre, M.S.S. D.A.P.

autant de facteurs qui peuvent avoir une influence négative sur le développement psychique des enfants. À cela s'ajoutent les influences provenant du milieu scolaire, du milieu social, de la publicité, de la télévision (ex. violence), etc. Ces situations génèrent souvent des problèmes sociaux particuliers qui peuvent requérir des interventions d'ordre social, appelées aussi services sociaux, lorsque les familles ou les individus aux prises avec ces problèmes ne se sentent pas la capacité de les résoudre seuls.

Ces personnes font alors appel à des organismes de service social pour différentes raisons : elles ont un enfant handicapé et n'ont pas les ressources pour lui procurer le maximum de chances de développement ; elles ne se sentent pas la force de faire face à leurs responsabilités de parents pour des raisons de santé physique ou mentale (ils n'en peuvent plus) ; leurs adolescents font des fugues, et elles craignent qu'ils ne fassent des « mauvais coups » ; etc.

Il arrive aussi que des parents soient obligés par la loi de faire appel aux services sociaux parce qu'ils négligent leurs enfants, leur infligent des mauvais traitements, les soumettent à des abus de toutes sortes. La porte d'entrée à ces services sociaux plus coercitifs peut également être un enfant délinquant.

Plan et limites de cette étude

Cette étude présente d'abord une brève description générale du réseau des services sociaux, suivi d'un tableau de la situation générale des services sociaux aux enfants. Viennent ensuite quelques situations particulières.

La réalité des services sociaux comporte de multiples facettes. Les personnes consultées ont présenté leur vision de cette réalité, et ces visions étaient parfois fort différentes.

Ce chapitre n'a pas la prétention d'avoir concilié ces différents points de vue. Il se veut simplement un constat basé sur les documents et informations fournis par des intervenants sociaux.

Données utilisées

Les données quantitatives utilisées ont été fournies par le ministère des Affaires sociales, le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration et les Centres de réadaptation d'assistance-maternité. Il n'existe pas de système centralisé d'informations dans le secteur privé.

Il est important de souligner ici que les statistiques présentées doivent être interprétées avec circonspection. Elles n'offrent en effet

qu'une image générale et approximative de la situation en raison de l'absence d'un système d'informatique commun à tous les établissements du réseau et surtout en raison de l'absence d'un lexique commun. C'est ainsi, par exemple, que les tableaux ne sont pas mutuellement exclusifs: un même jeune peut se retrouver dans le tableau des enfants en besoin de protection ainsi que dans celui des enfants mésadaptés socio-affectifs, selon la classification utilisée par l'organisme compilateur. Ces tableaux n'ont d'autre objectif que de présenter un certain ordre de grandeur.

Les données qualitatives sont le résultat de l'analyse d'entrevues avec une douzaine d'intervenants occupant des postes clé dans les domaines d'intervention concernés et choisis pour leur expérience dans les problématiques identifiées. Ces données ont permis de présenter un portrait plus dynamique de la situation que vivent nos jeunes en difficulté et des services qui sont mis à leur disposition.

Le réseau des services sociaux

Depuis la réforme Castonguay-Nepveu et l'avènement de la Loi sur les services sociaux et les services de santé en 1971, les services sociaux destinés aux jeunes de 0 à 18 ans sont distribués principalement par deux sous-réseaux: le réseau privé et le réseau public.

Services sociaux privés

Les services sociaux privés sont habituellement distribués par des organismes à but non lucratif financés par des campagnes publiques (ex.: Centraide) ou par des subventions spéciales gouvernementales.

Les Refuges pour femmes battues que l'on retrouve dans plusieurs régions de la province sont un exemple de ces structures: ils accueillent les femmes battues et leurs enfants et accordent les services nécessaires pour faire face à leur situation. Ces Refuges sont financés par différentes sources selon les régions: subventions spéciales du M.A.S., Centraide régional, sources privées.

Le Bureau de consultation-jeunesse (B.C.J.) à Montréal en est un autre exemple. Le B.C.J. offre une gamme très variée de services, surtout d'ordre communautaire, aux jeunes de Montréal. Il est financé par Centraide et par des subventions gouvernementales de différents ministères.

Les « Y » sont également un autre exemple d'organismes privés qui offrent des services de toutes sortes, dont plusieurs sont destinés aux jeunes (Y.W.C.A., Y.M.C.A.).

Les organismes privés sont souvent considérés comme étant plus près des besoins du public. Ils sont plus petits que les organismes publics et organisés en fonction d'un besoin exprimé par un segment de la population. D'un autre côté, l'instabilité de leur financement en rend parfois l'existence éphémère.

Services sociaux publics

Les services sociaux publics sont distribués par différents ministères du gouvernement provincial: Justice, Éducation, Communautés culturelles et Immigration, Affaires sociales.

La majorité des services sociaux publics sont regroupés à l'intérieur des établissements du réseau des Affaires sociales.

Les services de planification et de coordination se retrouvent principalement dans les Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.), ainsi que dans différentes associations ou fédérations d'établissements: l'Association des Centres de services sociaux du Québec (A.C.S.S.Q.), l'Association des Centres d'accueil du Québec (A.C.A.Q.), et la Fédération des Centres locaux de services communautaires du Québec (F.C.L.S.C.Q.).

Les services directs à la population sont offerts par trois types différents d'établissements:
les *Centres locaux de services communautaires* (C.L.S.C.) qui offrent surtout des services sociaux courants, alors que les *Centres de services sociaux* (C.S.S.) sont plus caractérisés par des services à caractère de protection sociale, et les *Centres de réadaptation* qui offrent des services de réadaptation, soit en hébergement, soit en externe.

Situation générale des services sociaux aux enfants

Évolution de la situation

Le mieux-être des enfants a toujours occupé une place importante dans les préoccupations des intervenants et des planificateurs sociaux. Depuis quelques années, les services sociaux pour les jeunes ont connu une évolution assez marquée. L'Opération 30 000 (Québec, 1979), l'entrée en vigueur de la Loi sur la protection de la jeunesse (1978), la Commission Charbonneau (Québec, 1982), la Loi fédérale sur les jeunes contrevenants (1984), les activités reliées ou initiées au cours de l'Année internationale de la jeunesse, tous ces facteurs ont contribué à alimenter une remise en question des services psychosociaux et sociocommunautaires destinés aux jeunes de 0 à 18 ans.

En avril 1978, l'Opération 30 000 révélait que 24 701 enfants vivaient en dehors de leur milieu naturel au Québec, soit un ratio de 13,3 par 1 000 enfants québécois. En dépit des limites de l'étude et des contraintes rencontrées par l'équipe de chercheurs, ces chiffres se sont révélés un bon point de départ à une réflexion sur l'ensemble des services sociaux offerts à la jeunesse.

L'Opération 30 000 n'a malheureusement jamais été remise à jour, les centres de services sociaux ne s'entendant pas sur une nomenclature commune non plus que sur une cueillette de données uniformisée. Cette carence de communication et de collaboration rend plus difficile toute comparaison qualitative et quantitative qui pourrait être faite d'une année à l'autre. Les chiffres du tableau suivant sont empruntés à des rapports du ministère des Affaires sociales (Québec, 1982 et 1983).

Tableau 1

Enfants pris en charge par les Centres de services sociaux

Années	Ressources non inst.	Ressources institut.	Milieu naturel	Total
Avril 1978:	18 152	6 549	5 648	30 349
Avril 1982:	13 428	6 865	15 683	35 976
Avril 1983:	12 863	6 126	17 194	36 183

Ce tableau général de la situation des enfants recevant des services sociaux comprend trois divisions:

— enfants en milieu naturel, c'est-à-dire vivant dans leur famille et recevant des services des Centres de services sociaux ou des services externes des Centres de réadaptation;

— enfants en milieu non institutionnel, c'est-à-dire vivant dans des familles d'accueil;

— enfants en milieu institutionnel, c'est-à-dire hébergés dans les Centres de réadaptation ou les foyers de groupe affiliés à ces centres.

On y remarque que le nombre total des enfants pris en charge par les C.S.S. a augmenté de près de 6 000 depuis cinq ans. On peut certainement émettre l'hypothèse que l'obligation pour tous les citoyens de signaler au Directeur de la protection de la jeunesse les cas d'enfants maltraités ou négligés a contribué à cette croissance.

Le nombre d'enfants placés en institution n'a pas varié d'une façon significative, mais sa proportion par rapport à la population totale d'enfants pris en charge a diminué : de 21,5 pour cent en 1978 elle est passée à 17 pour cent en 1983.

Là où les changements apparaissent les plus intéressants, ce sont dans les proportions d'enfants placés en ressources non institutionnelles par rapport aux enfants suivis dans leur milieu naturel. Entre 1978 et 1983, la proportion d'enfants placés dans les familles d'accueil et foyers de groupe est passée de 58 à 35 pour cent, alors que la proportion d'enfants suivis dans leur milieu naturel a augmenté de 18 à 47,5 pour cent. En dépit des conseils de prudence qui accompagnent ces statistiques, on ose espérer que ces changements signifient un renforcement des services à la famille et une tendance plus généralisée à penser d'abord famille et communauté et ainsi tenter autant que possible de prévenir l'hébergement.

Un Avis sur les enfants placés publié par le Comité de la santé mentale en 1981, souligne (p. 32) que :

> « l'expérience démontre que les enfants soumis à plusieurs déplacements présentent de plus en plus de difficultés à s'intégrer, adoptent des comportements difficiles et sont vite rejetés à nouveau. On en arrive à ne plus savoir si ce sont les comportements difficiles de l'enfant qui causent les nombreux déplacements ou si ce sont les déplacements qui entraînent un tel comportement de l'enfant ».

Limites de ce tableau

Le nombre de 36 000 enfants pris en charge par les C.S.S. peut ne pas sembler énorme si on le compare au nombre total de jeunes du même âge au Québec (1 754 250 selon le recensement de 1981), mais il faut se rappeler qu'il ne comprend pas les enfants suivis par les C.L.S.C., non plus que les jeunes recevant des services des organismes privés ou suivis par des professionnels en pratique privée.

Motifs de demande de services

Les motifs qui amènent les parents à demander des services aux C.S.S. ou aux C.L.S.C. n'ont pas beaucoup changé depuis cinq ans : difficultés parentales, pauvreté des ressources, maladie, enfants négligés, maltraités, handicapés, problèmes de drogue, de prostitution, de délinquance, etc. Les parents viennent dans un C.S.S. ou un C.L.S.C. pour demander de l'aide lorsqu'ils ne peuvent plus supporter la situation, ou lorsqu'ils y sont forcés par la loi.

Évolution de la pratique

Le contexte dans lequel les intervenants dispensent leurs services a beaucoup évolué depuis vingt ans. À cette époque, il existait environ cinquante agences de service social à travers le Québec, toutes fonctionnant indépendamment avec leur propre conseil d'administration. La majorité des clients se présentaient volontairement lorsqu'ils désiraient des services, sauf pour les enfants référés par la Cour du bien-être. Chaque agence était financée par le gouvernement et par les campagnes de charité. Puis vint la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1970), loi qui changea complètement le système en fusionnant la majorité des agences privées à l'intérieur du réseau des Affaires sociales. Le contrôle gouvernemental se resserra et les intervenants dûrent apprendre à pratiquer dans un contexte plus bureaucratique, plus centralisé.

En 1978, après plusieurs années de travaux et de discussions sur les services à l'enfance, la Loi sur la protection de la jeunesse est enfin votée. Cette loi, qui consacre les droits de l'enfant et prône la déjudiciarisation, met le praticien en situation d'intervention, en contexte d'autorité légale plus fréquemment qu'auparavant. Pour certains praticiens des Centres de services sociaux, cette situation demande un réajustement de la pratique professionnelle.

Travail interdisciplinaire

L'intervention sociale auprès des enfants et de jeunes exige de plus en plus un travail interdisciplinaire : travailleurs sociaux, techniciens en service social, médecins, psychiatres, psychologues, criminologues, psycho-éducateurs, avocats, etc. La promulgation de la Loi sur la protection de la jeunesse, et plus récemment celle de la Loi sur les jeunes contrevenants, a élargi le besoin de collaboration entre les professionnels. Cette forme de travail n'est pas toujours facile et certaines indications recueillies ne sont pas flatteuses pour les capacités des professionnels à oublier leurs frontières professionnelles au profit du bien des enfants.

Les enfants en besoin de protection

Définition

Dans ce chapitre, l'expression « enfants en besoin de protection » fait référence aux enfants pris en charge par le Directeur de la protection de la jeunesse en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34, a.38 et a.38.1), ainsi qu'aux enfants

inscrits aux centres de services en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5).

L'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse définit l'existence d'un besoin de protection lorsque « la sécurité ou le développement d'un enfant est considéré comme compromis ». Les raisons pour qu'un enfant ait besoin de protection sont les suivantes :

a) si ses parents ne vivent plus, ne s'en occupent plus ou cherchent à s'en défaire ;
b) si son développement mental ou affectif est menacé par l'absence de soins appropriés ou par l'isolement dans lequel il est maintenu ou par un rejet affectif grave et continu de la part de ses parents ;
c) si sa santé physique est menacée par l'absence de soins appropriés ;
d) s'il est privé de conditions matérielles d'existence appropriées à ses besoins et aux ressources de ses parents ou de ceux qui en ont la garde ;
e) s'il est gardé par une personne dont le comportement ou le mode de vie risque de créer pour lui un danger moral ou physique ;
f) s'il est forcé ou incité à mendier, à faire un travail disproportionné à ses capacités ou à se produire en spectacle de façon inacceptable eu égard à son âge ;
g) s'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence ;
h) s'il manifeste des troubles de comportement sérieux et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour corriger la situation ou n'y parviennent pas.

L'article 38.1 stipule que la sécurité ou le développement d'un enfant peut être considéré comme compromis :

a) s'il quitte sans autorisation son propre foyer, une famille d'accueil, un centre d'accueil ou un centre hospitalier alors que sa situation n'est pas prise en charge par le Directeur de la protection de la jeunesse ;
b) s'il est d'âge scolaire et ne fréquente pas l'école ou s'en absente fréquemment sans raison ;
c) si ses parents ne s'acquittent pas des obligations de soin, d'entretien et d'éducation qu'ils ont à l'égard de leur enfant ou ne s'en occupent pas d'une façon stable, alors qu'il est confié à un établissement ou à une famille d'accueil depuis deux ans.

Tableau 2
Tableau des enfants en besoin de protection

Années	Ressources non inst.	Ressources institut.	Milieu naturel	Total
1981-1982	11 598	5 793	12 725	30 116
1982-1983	12 203	5 353	14 703	32 259

Source: État de la situation des C.S.S., 1982-1983, M.A.S.

Intervention

Lorsqu'une demande de services est adressée au C.S.S., un praticien évaluera d'abord la situation et des solutions seront ensuite proposées. Quelle que soit la modalité d'aide proposée, le traitement social tiendra compte de l'intérêt de l'enfant et du respect de ses droits. Les articles 3 et 4 de la Loi sur la protection de la jeunesse indiquent que:

« 3. Les décisions prises en vertu de la présente loi doivent l'être dans l'intérêt de l'enfant et dans le respect de ses droits.

4. Toute décision prise en vertu de la présente loi doit tendre à maintenir l'enfant dans son milieu parental. Si, dans l'intérêt de l'enfant, un tel maintien ou le retour dans son milieu parental n'est pas possible, la décision doit tendre à lui assurer la continuité des soins et la stabilité des conditions de vie appropriées à ses besoins et à son âge et se rapprochant le plus d'un milieu parental normal ».

Dans un certain nombre de cas, il se peut que la solution soit l'adoption. C'est ainsi que 428 enfants ont été adoptés au cours de l'année 1982, et 518 au cours de l'année 1983 (M.A.S., 1982-1983).

Priorité à l'enfance maltraitée

Les recherches et les études des dernières années ont mis à jour d'une façon plus précise, plus quantifiée et qualifiée qu'auparavant, l'ampleur des problèmes reliés à l'enfance maltraitée, violentée, abusée sexuellement.

On sait maintenant, par exemple, que la prostitution des mineurs touche des jeunes, tant chez les garçons que chez les filles, qui n'ont parfois qu'une dizaine d'années. On sait aussi que ce problème augmente actuellement d'une façon que les praticiens jugent alarmante, et au problème de la prostitution se mêlent aussi fréquemment celui de la drogue, et dans certains cas, celui de l'inceste.

L'intervention de l'état a contribué à faire reconnaître publiquement l'ampleur du problème de l'enfant maltraité, abusé sexuellement, négligé, ainsi qu'à sensibiliser la société à cette situation. Son objectif était également de fournir aux intervenants un instrument pour les habiliter à mieux protéger les enfants. Que cet instrument, la Loi sur la protection de la jeunesse, ait ou n'ait pas répondu à toutes les attentes, là n'est pas l'objet de cette étude. Cette loi, comme tout autre instrument de travail, avait besoin d'un rodage et ce n'est qu'avec un certain recul que nous serons en mesure d'apprécier si les amendements adoptés récemment ainsi que l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les jeunes contrevenants la rendront mieux adaptée aux circonstances.

Interventions sociales

Une étude parrainée par le C.S.S.M.M. auprès d'une quarantaine de jeunes souligne l'importance d'utiliser une approche globale d'intervention qui tiendra compte des conditions psychosociales et économiques dans lesquelles vivent ces jeunes. On y souligne que la philosophie sous-jacente à l'intervention sociale semble être reliée au système de valeurs de l'intervenant. De plus, ce système varierait selon qu'il s'agit de jeunes filles ou de garçons, d'hétérosexualité ou d'homosexualité (C.S.S.M.M., 1982).

La Loi sur la protection de la jeunesse a apporté certaines modifications dans la pratique sociale : les praticiens sociaux doivent maintenant travailler plus souvent dans un contexte d'autorité, et ils doivent non seulement aborder les problèmes d'enfants maltraités, mais aussi apprendre à les dépister, à les diagnostiquer, ce qui n'est pas toujours facile.

Le Comité de la protection de la jeunesse a publié plusieurs études intéressantes sur le sujet des enfants maltraités, de leur famille, des méthodes d'intervention différentes qui peuvent être utilisées. Certaines de ces études soulignent la nécessité de procéder à des interventions sur une base pluridisciplinaire et interétablissements (C.P.J., 1982, 1984).

À l'heure actuelle, les cas de mauvais traitement, d'abus sexuel et de négligence sont portés à l'attention du Directeur de la protection de la jeunesse de différentes façons : les enfants peuvent être amenés à l'urgence de l'hôpital, les situations peuvent être signalées aux C.S.S. par la police, les voisins, l'école, ou tout citoyen qui croit un enfant en danger. Ce genre d'intervention est toujours très délicat : y a-t-il vraiment mauvais traitement ? La première réaction

des parents est de nier les accusations. Les intervenants font face à une lourde responsabilité. Les traumatismes causés à un enfant ont des conséquences physiques et mentales qui peuvent laisser des traces pour longtemps, et leur vie peut parfois dépendre de la célérité et du jugement de l'intervenant.

Quelques hôpitaux ont créé des programmes de prévention de l'enfance maltraitée (P.E.M.) sur une base multidisciplinaire. Il existe également dans certains C.L.S.C. et Centres d'accueil d'assistance-maternité des programmes d'éducation qui s'adressent surtout aux mères qui ont de jeunes enfants.

Du côté communautaire, on assiste à la formation de groupes de parents (P.A.C.T.E., S.E.M., Parents-anonymes), ainsi qu'à la création de projets-pilote cherchant à regrouper des parents abuseurs afin qu'ils puissent s'entraider et ainsi prévenir la récidive.

Appréciation

Dans l'ensemble, il apparaît que tous ces programmes sont trop peu nombreux, sous-utilisés, et ne répondent pas suffisamment aux besoins. De plus, les témoignages oraux ou écrits sur l'évaluation des services auprès des enfants maltraités s'avèrent plutôt décevants. Les services sociaux auprès des enfants maltraités n'auraient pas eu le succès escompté, selon les organismes gouvernementaux, paragouvernementaux et selon les intervenants eux-mêmes. Une étude sur la concertation médico-sociale menée en 1984 par le Comité de la protection de la jeunesse auprès de 1 500 intervenants médicaux et sociaux à travers la province en arrive aux constatations suivantes :

1. *Les enfants maltraités... connais peu!*
   Les intervenants de la grande majorité des établissements ne sont pas conscients du véritable fléau social que constitue l'enfance maltraitée et souvent on ne soupçonne même pas que ces problèmes existent ;
2. *Méconnaissance de la Loi sur la protection de la jeunesse*
   Dans la plupart des établissements, on estime avoir une connaissance vague et limitée de cette loi. À l'exception de quelques efforts isolés, il n'y a pas de programmes d'information continus ou soutenus pour faire connaître la loi, ses objectifs ou l'esprit dans lequel elle doit être appliquée ;
3. *Insuffisance des programmes de prévention et de dépistage*
   Peu de programmes de prévention et de dépistage ont pu être identifiés à travers le réseau. Il en existe bien quelques-uns, ici et

là, mais il n'y a aucun programme spécifique pour dépister les cas d'enfants maltraités;

4. *Le signalement: absence de politique et de procédure*
   Le comité a été à même de constater que l'abence de procédures précises ou de directives à l'intention des intervenants, dans la plupart des établissements, constitue un obstacle important à toute modification de la pratique actuelle en matière de signalement;
5. *Manque de connaissances du syndrome de la problématique*
   La plupart des intervenants ne connaissent pas les signes permettant de reconnaître les enfants maltraités ou négligés et ignorent comment traiter de telles situations lorsqu'ils en rencontrent;
6. *Absence de collaboration entre établissements*
   Dans leur intervention auprès de l'enfance maltraitée, presque tous les établissements travaillent de façon isolée. Il existe très peu d'actions communes;
7. *Absence de concertation et de coordination entre les ressources*
   La discontinuité dans les services dépend bien plus du mode d'utilisation des ressources que d'un manque de ressources.

Ce tableau est basé en grande partie sur la perception subjective des intervenants, ainsi que sur les observations des membres du Comité qui ont procédé aux visites et aux entrevues. Mais, même si on supposait que la perception subjective des intervenants est trop pessimiste et qu'elle ne correspond pas entièrement à la réalité, il n'en demeure pas moins qu'elle devrait être considérée comme un sérieux signal d'alarme.

Les jeunes contrevenants

La loi canadienne sur les jeunes contrevenants, qui remplace depuis avril 1984 la Loi sur les jeunes délinquants, définit un adolescent comme toute personne qui est âgée d'au moins douze ans et n'a pas atteint l'âge de dix-huit ans. Cet adolescent devient contrevenant lorsqu'il s'est rendu coupable d'une infraction créée par une loi du Parlement ou par ses textes d'application.

Le tableau général suivant est extrait des rapports du ministère des Affaires sociales (État de la situation des C.S.S., 1982-1983). Il est donc antérieur à la Loi sur les jeunes contrevenants.

Parmi les gestes délictuels posés, on trouve des vols par effraction, des vols d'automobile, possession de stupéfiants, etc. Les jeunes délinquants ont habituellement 15, 16 et 17 ans. Ils sont souvent issus de familles défavorisées. Certains criminologues pensent toutefois que les jeunes des classes sociales inférieures sont surreprésentés chez ceux qui se font arrêter (Fréchette et Leblanc, 1978). Par contre, le taux d'adolescentes délinquantes est très bas: environ 8 pour cent, ce qui pourrait, selon certains témoignages recueillis, être de la sous-représentation reliée à la nature des délits commis et à une tendance à considérer ces adolescentes comme cas de protection.

Tableau 3

Tableau général de la délinquance

Années	Ressources non inst.	Ressources institut.	Milieu naturel	Total
1981-1982	11 279	872	2 538	4 689
1982-1983	660	773	2 491	3 924

Accessibilité aux services sociaux

La mise en vigueur de la nouvelle loi fédérale a modifié les procédures d'accessibilité aux services sociaux. En résumé, lorsqu'un adolescent est maintenant arrêté par un policier, celui-ci procède à une enquête et décide s'il doit demander au substitut du Procureur général d'intenter des procédures. Il peut arriver que le Directeur provincial, au Québec le Directeur de la protection de la jeunesse, intervienne à ce stade si le policier demande une détention provisoire.

Si le policier décide de continuer l'intervention, il transmet le résultat de son enquête au substitut du Procureur général qui fait une première vérification afin d'écarter les dossiers qui ne justifient pas la demande de procédures.

À ce stade, le substitut du Procureur général peut décider de fermer le dossier ou de procéder. Dans le cas d'adolescents âgés de 12 et 13 ans, il devra consulter le Directeur provincial avant de décider d'une orientation.

Si le substitut choisit de procéder, il devra se référer au « Décret sur le programme de mesures de rechange pour les jeunes contrevenants » pour déterminer s'il est immédiatement saisi du cas ou s'il doit transmettre le dossier au Directeur provincial.

Ce décret prévoit, entre autres, que le substitut peut référer à la Justice certains types d'infractions sans passer par le Directeur provincial: enlèvement, agression sexuelle grave, meurtre, proxénétisme, vol qualifié, omission de comparaître, etc.

Si le délit commis n'est pas inclus dans la liste du Décret, ou si le juge choisit de le faire, le dossier est acheminé au Directeur provincial. Ce dernier a alors trois choix d'intervention:

1. il peut décider d'arrêter l'intervention;
2. il peut proposer à l'adolescent une mesure de rechange;
3. il peut opter pour la démarche judiciaire.

Il est à noter que l'adolescent a le droit de refuser la mesure de rechange et de choisir plutôt la démarche judiciaire.

Lorsque le dossier est renvoyé à l'autorité judiciaire, soit par décision du substitut du Procureur général, par référence du Directeur provincial, ou par choix de l'adolescent, il y a comparution devant le juge du Tribunal de la jeunesse, procès et, dans le cas de culpabilité, ordonnance. Avant de rendre une décision, le juge prend connaissance, s'il y a lieu, d'un rapport prédécisionnel préparé par le Directeur provincial. L'adolescent a le droit d'être représenté par un avocat tout au long de ces procédures.

Les mesures ordonnées par le juge peuvent être:

— libération inconditionnelle;
— détention pour traitement;
— amende;
— restitution;
— remboursement;
— indemnisation;
— travail bénévole;
— probation;
— mise sous garde.

Ce bref résumé, emprunté de documents publiés par l'A.C.S.S.Q. (1984), n'avait pour seul objectif que de mettre en lumière les endroits du processus où interviennent les services sociaux, représentés ici par le Directeur provincial.

Mesures de rechange

Au cours des dernières années, on a assisté à l'émergence de nouvelles mesures d'intervention, appelées mesures réparatrices, et dont l'objectif était d'aider les jeunes à prendre leurs responsabilités. La Loi sur les jeunes contrevenants a reconnu la pertinence de ces mesures et en a retenu prioritairement trois types: la conciliation avec la victime, les mesures d'amélioration des aptitudes sociales, et les travaux communautaires.

Cette dernière mesure, parfois combinée avec des mesures de conciliation, a particulièrement fait l'objet de projets expérimentaux dans quelques endroits de la province et s'est avérée une excellente mesure d'éducation (A.C.S.S.Q., 1984). Ces interventions ont également eu pour effet de susciter la collaboration de la communauté à la réadaptation puisque les travaux bénévoles s'accomplissaient surtout dans les centres communautaires, les centres d'accueil pour personnes âgées, pour personnes handicapées, etc.

La probation et le placement sous garde

La probation et le placement sous garde sont deux mesures ordonnées par le juge qui appellent une intervention sociale assez importante. La probation peut être ordonnée aux conditions ordinaires, c'est-à-dire qu'elle comporte automatiquement trois conditions générales spécifiées dans la loi :

— l'obligation de ne pas troubler l'ordre public et de bien se conduire ;
— l'obligation de comparaître devant le Tribunal pour adolescents lorsque requis par le Tribunal ;
— l'obligation d'aviser le délégué à la jeunesse responsable de son cas de tout changement d'adresse, de lieu de travail, de scolarité et de formation.

La probation peut aussi être ordonnée à des conditions spécifiques, en sus des trois conditions incluses dans toute probation. Ces conditions peuvent se regrouper sous les catégories suivantes :

— l'ordonnance de se présenter au Directeur provincial ou à la personne désignée par ce dernier ou par le Tribunal pour adolescents, et de se soumettre à sa surveillance ;
— l'assignation de résidence ou de territoire ;
— l'amélioration des aptitudes sociales.

Le juge peut aussi ordonner le placement sous garde lorsque les mesures alternatives s'avèrent insuffisantes et il doit préciser s'il s'agit de placement en milieu ouvert ou en milieu fermé dans un centre d'accueil. Le ministère des Affaires sociales a désigné les Centres d'accueil qui peuvent offrir des services de garde en milieu fermé ou en milieu ouvert.

Les programmes de prévention

Les programmes de prévention se retrouvent au niveau des C.L.S.C. qui ont résolument opté pour une approche communautaire

auprès des jeunes. On retrouve également des programmes de prévention utilisant l'approche communautaire ou de groupe dans certains organismes privés, par exemple au Bureau de consultation-jeunesse.

Appréciation

Comme on peut le constater, l'intervention des services sociaux dans les cas de délinquance est en voie de subir certains changements reliés à une récente mise en vigueur de la Loi sur les jeunes contrevenants. Il est évidemment encore trop tôt pour évaluer ces changements, mais on peut quand même voir certaines tendances. La Loi sur les jeunes contrevenants insiste en effet sur la responsabilité du jeune, sur ses droits, mais aussi sur les droits de la victime et sur ceux de la société. La nouvelle loi aura servi, selon certains intervenants, à clarifier des zones grises. Elle complète la Loi sur la protection de la jeunesse.

Les enfants mésadaptés socio-affectifs

Définition du problème

La définition de la mésadaptation est imprécise et varie selon les établissements et même selon les intervenants. En général, on peut dire que les jeunes appelés « mésadaptés socio-affectifs » sont des jeunes qui présentent des problèmes de comportement d'ordre psychologique, psychiatrique ou social.

Dans une récente étude, l'A.C.A.Q. donne la définition générale suivante des caractéristiques d'un enfant mésadapté : « Tout enfant dont le comportement révèle des difficultés d'adaptation et une organisation de ses besoins peu conforme à son évolution et aux normes de son environnement en raison de quoi ses potentialités physiques, affectives, cognitives et sociales sont mobilisées prioritairement pour faire face à sa situation conflictuelle » (Association des centres d'accueil du Québec, 1984).

Cette définition est générale, et ce ne sont pas tous les enfants présentant ces caractéristiques qui doivent être placés. Il s'agit d'une question de degré, et aussi du potentiel d'aide du milieu familial, social, scolaire et professionnel accessible.

Les parents vont faire appel aux services des C.L.S.C. ou à ceux des C.S.S. lorsque leur adolescent présente des problèmes de comportement qu'ils ne comprennent pas, ou lorsqu'ils ne peuvent plus contrôler la situation : leurs enfants font des fugues, rentrent à

des heures très tardives, manquent leurs cours, présentent des comportements agressifs, prennent de la drogue, ont fait des tentatives de suicide, etc. Les praticiens sociaux vont faire appel à toutes les ressources familiales, sociales et scolaires avant de procéder à un placement.

Tableau général

L'expression « enfant mésadapté socio-affectif » se rapporte ici à la définition clinique d'un comportement, et cette définition n'est pas utilisée dans les statistiques globales des C.S.S. contrairement à celles du M.A.S. Nous avons donc recouru à celles du Service de réadaptation du M.A.S. (Ménard, 1984).

Les chiffres qui suivent ne comprennent que les enfants admis en hébergement dans les 44 Centres de réadaptation pour enfants mésadaptés socio-affectifs, ainsi que dans les foyers de groupe affiliés. Ces chiffres ne s'additionnent donc pas à ceux du Tableau 1 où les enfants mésadaptés sont déjà inclus, soit sous l'étiquette de protection, soit sous celle de délinquance.

Ces admissions comprennent également les jeunes placés dans des foyers de groupe rattachés aux centres de réadaptation.

Nombre d'admissions :

1980-1981 : 13 120

1981-1982 : 12 183

1982-1983 : 10 960

La répartition selon le sexe se maintient toujours aux environs des deux tiers d'adolescents pour un tiers d'adolescentes.

On remarque que les admissions ont diminué de plus de 2 000 en trois ans. Deux hypothèses peuvent être considérées : la transformation d'un certain nombre de places internes en places externes, ou la réduction de places internes due aux coupures budgétaires, ou une combinaison des deux hypothèses. Nous n'avons pas de données pour répondre à cette question.

Ces chiffres ne tiennent pas compte des inscriptions, c'est-à-dire du nombre des jeunes inscrits aux centres pour y recevoir des services externes de réadaptation. Les centres de jour et les services externes de réadaptation offerts par les Centres de réadaptation se sont beaucoup développés depuis quelques années, et il aurait été intéressant d'y inclure un tableau de ces services qui représentent, selon l'A.C.A.Q., 60 pour cent des services offerts.

Interventions sociales

Que les enfants soient pris en charge par les Centres de réadaptation, par les C.S.S. ou par les C.L.S.C., l'objectif de l'intervention sociale est à peu près partout la même: encourager l'apprentissage et le développement de l'autonomie.

Quelques moyens utilisés seront:

— le traitement de l'enfant et de la famille en vue de maintenir l'enfant dans son milieu naturel;
— l'utilisation des ressources communautaires;
— même si l'enfant doit être placé pour une très longue période, l'intervenant cherchera à maintenir des liens familiaux significatifs.

Appréciation

Lorsque l'enfant est placé en hébergement, c'est habituellement parce que toutes les autres méthodes d'intervention ont échoué, ou que les ressources du milieu étaient inadéquates.

Un certain nombre de ces jeunes ont aussi des problèmes d'ordre psychiatrique, de sorte que leur réadaptation relève de deux réseaux (social et santé). Un document de travail de l'A.C.S.S.Q. sur l'utilisation des services psychiatriques par les Centres de services sociaux mentionne l'existence d'une difficulté majeure d'articulation entre ce deux réseaux de services.

En dépit de cette situation difficile, l'étude du M.A.S. sur les placements des jeunes mésadaptés socio-affectifs en Centres d'accueil (Ménard, 1984) démontre que 50 pour cent des jeunes quittent le centre après un traitement terminé complet: les objectifs du plan d'intervention ont été atteints, les besoins du bénéficiaire satisfaits.

On est cependant encore loin d'avoir rejoint des objectifs généraux de prévention dans ce domaine et le milieu scolaire est certes le milieu idéal où cette prévention peut s'exercer puisque c'est dans ce milieu où l'on peut rencontrer ces jeunes le plus facilement.

Jeunes mères en difficulté d'adaptation

Définition

Par mères en difficulté d'adaptation, on entend ici toute mère « en état de grossesse ou non, qui éprouve des difficultés qui ne sont pas liées nécessairement à cet état de grossesse » selon la définition de l'A.C.A.Q. (Rôle et orientation, 1981).

Considérant les limites de cette étude, le terme *mère* s'applique ici plus spécifiquement aux adolescentes enceintes et aux jeunes mères de 18 à 22 ans.

Une partie de cette clientèle reçoit des services des C.L.S.C. ou des C.S.S. Pour celles-là, nous ne possédons pas d'informations regroupées. C'est pourquoi la clientèle décrite ne concerne que la population desservie par les cinq Centres de réadaptation pour mères en difficulté d'adaptation. Ces centres offrent des services externes, incluant des services scolaires dans certains cas, et des services d'hébergement lorsque nécessaire. Plus récemment, les centres ont aussi commencé à offrir des services aux pères.

Description de la clientèle

L'un de ces centres, La Clairière de Québec, décrit ainsi la clientèle desservie (Programme-cadre, 1984):
« mères, mineures ou majeures, avec ou sans enfants, en besoin de protection sociale et nécessitant des services de réadaptation d'un centre d'accueil en raison principalement:

— d'un handicap social
— d'un rejet du milieu suite à un état de grossesse
— d'un milieu familial désorganisé
— de carences affectives et/ou intellectuelles importantes
— de relations interpersonnelles instables
— d'une incapacité de faire les apprentissages parentaux sans un accompagnement éducatif
— d'une désorganisation personnelle majeure
— etc. ».

Le tableau suivant compile des données générales sur le nombre de femmes enceintes, mineures et majeures, qui ont été desservies par ces centres soit en hébergement, soit en services externes. Il indique également le nombre d'enfants, dont la plupart sont d'âge préscolaire, qui ont profité des services d'éducation et de réadaptation offerts à leur mère. Ces chiffres ont été recueillis par les directeurs généraux pour les fins de cette étude.

Tableau 4
Jeunes mères en difficulté

Années	Mineures	Majeures	Enfants	Total
1982-1983	245	465	192	902
1983-1984	292	460	191	943

Problèmes sociaux

Tel que déjà mentionné, la clientèle de ces centres est surtout composée de jeunes filles dont la grossesse est associée à d'autres difficultés.

Mères mineures

Les principaux problèmes rencontrés chez les adolescentes sont:

— problèmes de mésadaptation socio-affective;
— adolescentes en besoin de protection;
— adolescentes multihandicapées;
— délinquantes;
— adolescentes en proie à des problèmes de toxicomanie, de prostitution, etc.;
— immigrantes sans ressources, dont le statut est parfois illégal, et parmi lesquelles on trouve des adolescentes dont les parents sont retournés dans leur pays.

Ces adolescentes viennent souvent d'un milieu socio-économique défavorisé. Dans certains cas, elles étaient déjà placées en centre de réadaptation parce qu'elles présentaient des problèmes de comportement ou de délinquance et sont devenues enceintes à l'occasion d'une fugue.

Une grossesse non désirée devient alors une difficulté supplémentaire et nécessite une attention particulière: les services de réadaptation offerts à l'adolescente constituent des services de prévention pour l'enfant à naître.

Mères majeures

La clientèle majeure est constituée soit de jeunes filles enceintes qui font face aux mêmes problèmes que les mineures, soit de jeunes mères dont les enfants ont été signalés à la Direction de la protection de la jeunesse comme étant maltraités ou négligés.

Ce groupe des mères de 18-22 ans est un groupe particulièrement démuni. Ces femmes ont peu de ressources personnelles, l'entourage familial et social les a laissé tomber, elles sont très isolées, ont souvent des problèmes de drogue, de prostitution, et il existe peu de ressources sociales pour elles. Dès que leur enfant cesse d'être un bébé, elles ont beaucoup de difficultés à s'en occuper. Les enfants de ces familles monoparentales constituent une population à risque élevé et font souvent l'objet d'un signa-

lement. Les services aux mères sont donc des services de prévention au niveau des enfants.

Interventions sociales

Selon certains témoignages, il est bon de noter ici que les changements de valeurs de la société rendent aujourd'hui plus facile l'intervention auprès de ces jeunes filles. La société réagit maintenant plus en terme de réadaptation qu'en terme de répression. Il y a quelques années, les Centres d'assistance-maternité recevaient surtout des jeunes filles enceintes qui voulaient cacher leur grossesse et échapper à la stigmatisation sociale attachée aux grossesses hors-mariage. Cette époque est maintenant presque révolue. Il peut arriver que des jeunes filles se réfugient dans un centre parce qu'elles craignent d'affronter l'opinion familiale et sociale (parfois avec raison), mais elles n'y demeurent généralement pas longtemps, une intervention appropriée permettant une réinsertion familiale dans plusieurs cas.

Comme on peut le constater, la population desservie par les Centres de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation est très diversifiée. Il ne faut pas oublier non plus que le père, lorsqu'il est présent, est invité à collaborer et à profiter également des services de réadaptation. Les centres semblent évoluer de plus en plus vers l'assistance parentale plutôt qu'uniquement maternelle.

L'objectif général de l'intervention sociale dans le cas des adolescentes est de les aider à prendre elles-mêmes leur décision en ce qui a trait à la poursuite ou non de la grossesse et, ensuite, de les aider à assumer toutes les responsabilités inhérentes à leur décision.

Les intervenants cherchent à aider l'adolescente à developper son autonomie, à assumer la responsabilité de sa grossesse et celle de l'enfant à naître, et à reprendre sa place dans la communauté.

Les services aux majeures ont pour objectif d'évaluer leur potentiel en tant que mère, et parfois de conseiller la Cour ou la Direction de la protection de la jeunesse sur la décision à prendre quant aux enfants. Lorsque la jeune mère est en mesure de prendre soin elle-même de son enfant, l'intervenant l'aidera par des mesures de support, d'éducation, d'information à mieux faire face à ses responsabilités parentales.

Appréciation

Les services offerts à ce groupe de jeunes mères atteignent deux objectifs :

— objectif de réadaptation vis-à-vis de la jeune mère ;
— objectif de prévention vis-à-vis de l'enfant.

Les chiffres du Tableau 3 ne représentent pas l'entière réalité. Ils ne tiennent pas compte des jeunes mères qui sont aidées par d'autres organismes tels les C.S.S. et les C.L.S.C.

Ce tableau ne tient pas compte non plus des jeunes mères qui ne reçoivent pas de services, soit parce qu'elles n'en connaissent pas l'existence, soit parce qu'il n'en existe pas dans leur région. En effet, seules les villes de Montréal (2 centres), de Québec (1), de Sherbrooke (1) et de Trois-Rivières (1) sont desservies.

Il ne permet pas non plus de souligner l'importance des services de prévention dans ce domaine. La question de la prévention des grossesses non désirées et de l'éducation à un exercice responsable de la sexualité dépasse de beaucoup la portée des programmes exposés ici. Avec les services de santé et les services sociaux, les Centres de réadaptation peuvent contribuer à des activités d'information fort nécessaires qui trouvent leur place en milieu scolaire.

Les enfants handicapés

Définition du problème

Il n'y a pas très longtemps que les personnes handicapées, enfants et adultes, constituent une clientèle prioritaire pour les réseaux de services sociaux.

Selon la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (L.R.Q., c. E-20.1, a. 1g), une personne handicapée est « toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui, de façon significative et persistante, est atteinte d'une déficience physique ou mentale ou qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier son handicap ».

On ne saurait trop souligner l'importance du dépistage précoce de toute déficience. Lorsque la déficience n'est pas décelée dès la naissance ou en âge préscolaire, l'école devient alors le lieu idéal de dépistage.

La clientèle des enfants handicapés peut se retrouver dans les C.L.S.C., les C.S.S., les hôpitaux, les divers Centres de réadaptation

spécialisés. Il n'existe actuellement aucune centralisation des données qui permettraient d'établir un état précis de la situation de cette population.

Les seules données statistiques que nous avons pu recueillir ont trait aux enfants déficients mentalement desservis par les Centres de réadaptation. Ces données nous ont été fournies par la Direction de la réadaptation du ministère des Affaires sociales.

Tableau 5
Enfants handicapés mentaux dans les Centres de réadaptation

Années	Services résidentiels	Services externes	Total
1980	2 405	765	3 170
1983	1 619	1 527	3 146

Les services résidentiels comprennent les services d'hébergement dans le centre même, ainsi que dans les foyers de groupe.

Les services externes incluent les centres de jour, les programmes d'assistance éducative à domicile, les programmes d'assistance éducative à l'école, les programmes d'assistance éducative en garderie.

Il est à noter que si le nombre total d'enfants pris en charge est demeuré stationnaire, la proportion de ceux qui sont inscrits en services externes a, par contre, augmenté considérablement.

Ils nous apparaît important de souligner que plus de la moitié de ces enfants sont non seulement handicapés mentalement, mais qu'ils possèdent également au moins une, et parfois plusieurs déficiences physiques associées.

Interventions sociales

Qu'il s'agisse des enfants handicapés physiquement ou mentalement, l'objectif de l'intervention est de rendre l'enfant autonome en utilisant le plus possible les ressources de la famille, du milieu social et du milieu scolaire.

Un problème qui n'a pas encore trouvé de solution et dont il est rarement question publiquement, mais dont certains intervenants nous ont souligné l'importance, est celui de la stérilisation des adolescentes déficientes mentalement.

Appréciation

Même si les intervenants et les parents s'entendent pour souligner que les services ne répondent pas encore suffisamment aux besoins, il n'en demeure pas moins que les ressources ont augmenté, les services se sont diversifiés et on a pu observer un changement des mentalités ces dernières années. Les intervenants sont devenus plus conscients de l'importance des services de prévention, de maintien en milieu de vie, et d'intégration scolaire et sociale.

S'il est un champ d'activité dans lequel les associations de parents ont joué un rôle important, c'est bien celui de la déficience physique et mentale. Plusieurs de ces associations sont très actives et ont influencé le développement des politiques sociales et la création de différents services.

Cette participation des parents est d'une importance majeure, et il est à souhaiter qu'elle augmente.

Les groupes minoritaires

Les groupes minoritaires ont été divisés en deux catégories: les groupes autochtones et les minorités culturelles. Ces deux groupes présentaient en effet des caractéristiques assez différentes, tant au niveau des problèmes sociaux qu'à celui des services.

Les groupes autochtones

Au dernier recensement, la population amérindienne s'élevait à 33 231 personnes vivant dans 38 réserves. Elle comptait 10 000 jeunes de 0 à 18 ans, soit 30 pour cent de la population.

Quant aux Inuits, qui forment treize communautés différentes, leur population atteint 5 133, dont 50 pour cent ont entre 0 et 18 ans.

Problèmes sociaux

Les principaux problèmes rencontrés chez les jeunes demeurés dans leurs réserves sont la drogue, l'alcool, la délinquance et le suicide. Dans certaines réserves, on trouve également des problèmes d'enfants négligés.

Les jeunes autochtones qui émigrent vers les grands centres pour y continuer leurs études ont souvent des problèmes d'intégration et la plupart d'entre eux décrochent et ne terminent pas leurs études. Conséquemment, il n'existe à peu près pas d'intervenants autochtones qui possèdent une formation académique poussée dans les sciences humaines et médicales. C'est pourquoi les hôpi-

taux, les services sociaux, les écoles, toutes ces institutions sont en général gérées par des Blancs.

Tableau 6
Enfants autochtones pris en charge par les C.S.S.

Années	Ressources non inst.	Ressources institut.	Milieu naturel	Inconnu	Total
1982	508	22	333	15	878
1983	582	34	428	38	1 082

Source: État de la situation des C.S.S., 1982-1983, M.A.S.

Interventions sociales

Dans le cas des réserves situées près de centres urbains, les autochtones ont accès aux services des C.S.S. et des C.L.S.C. Quant aux autochtones vivant dans le grand Nord, ils ont accès à leur propre C.S.S.

Les autochtones commencent cependant à s'organiser et à prendre en main certaines situations qu'ils veulent régler eux-mêmes. Deux programmes ont spécialement retenu notre attention.

Programme de prévention du suicide chez les Montagnais

Le taux de suicide, possiblement relié à des problèmes d'identité, avait beaucoup augmenté chez les jeunes. Les Montagnais ont organisé leur propre programme de prévention du suicide.

Gestion de l'hôpital de Caughnawaga

Les membres du Conseil d'administration de cet hôpital ont demandé et obtenu un amendement à la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin d'en conserver la responsabilité légale entière sous une charte privée.

Appréciation

Les principales faiblesses mentionnées sont:

— l'absence d'intervenants autochtones;
— la faiblesse des connaissances culturelles des intervenants blancs;
— la rareté des ressources (surtout dans le grand Nord);
— la recherche.

Il se fait de la recherche sur les populations autochtones, mais cette recherche, de niveau universitaire, est surtout de type anthropologique et médical.

Les quelques personnes-ressources rencontrées ont souligné l'importance de procéder également à des recherches en comportement humain, en tenant compte de la culture psychosociale de cette population. Ils ont aussi insisté sur la nécessité de procéder à ces recherches en impliquant les autochtones dans les objectifs et le choix de la méthodologie autant que dans la recherche elle-même.

Certains besoins en ressources autochtones pourront être comblés d'ici quelques années. Au lac Hélène, près de LG2, des cours pour former des infirmières et des travailleurs communautaires débuteront bientôt avec la collaboration d'un cégep et d'une université. De plus, la commission scolaire Cri et Kativik donnera un cours pour former des représentants en santé communautaire.

Les minorités culturelles

Nous n'avons pas de statistiques générales sur les jeunes des minorités culturelles pris en charge par le réseau des Affaires sociales, cette donnée n'étant pas recueillie. Il n'est donc pas possible de présenter une vue d'ensemble de cette clientèle.

Les seules statistiques facilement accessibles ont été fournies par le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration. Le tableau suivant nous indique le nombre de jeunes immigrants de 0-19 ans arrivant au Québec de 1980 à 1982.

Tableau 7

Nombre de jeunes immigrants au Québec annuellement

Années	Nombre total	Nombre de jeunes	% de jeunes
1980	22 538	8 014	35 %
1981	21 063	6 227	29 %
1982	21 273	6 351	30 %

Les principaux pays d'origine sont Haïti, le Vietnam, le Kampuchea, le Laos et la France.

Problèmes sociaux

Les problèmes sociaux rencontrés sont, à la base, les mêmes que ceux des Québécois: pauvreté, enfants négligés, délinquance,

prostitution, etc. Ces problèmes sont toutefois plus difficiles à traiter car ils sont accompagnés de problèmes de langue, de culture, d'adaptation sociale.

Interventions sociales

Les services sociaux offerts aux immigrants proviennent de trois sources :

— le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration ;
— le réseau des Affaires sociales ;
— les organismes privés et associations ethniques.

Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration

Les services sociaux offerts par le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration aux enfants et adolescents des minorités culturelles sont :

— l'identification et l'évaluation du problème ;
— l'orientation vers la ressource appropriée ;
— les services de médiation.

Ces services sont rendus à tous les immigrants, indépendamment de leur statut.

Au niveau communautaire, le Ministère subventionne des associations ethniques pour les aider à préserver leur identité culturelle.

Programme conjoint : programme de parrainage des mineurs

Il s'agit d'un programme humanitaire parrainé conjointement par des associations de bénévoles, le Ministère et le C.S.S.M.M. Les agents du gouvernement identifient des enfants mineurs dans des camps de réfugiés, les associations trouvent des foyers d'accueil gratuits qui ont été évalués bénévolement et acceptés par le C.S.S. et l'enfant est accueilli. L'organisme de bénévoles assure le suivi avec la collaboration du C.S.S. Depuis 1978, cet organisme a accueilli 460 enfants du sud-est asiatique.

Les services sociaux du réseau des Affaires sociales

Les jeunes immigrants peuvent recevoir des services dans les C.L.S.C. ou dans les C.S.S. au même titre que tout autre citoyen.

Le problème de langue et surtout celui de culture peuvent cependant compliquer la situation et rendre l'accessibilité des services un peu illusoire.

Deux programmes spéciaux ont cependant attiré notre attention et méritent d'être signalés pour plusieurs raisons:

— Programme d'éducation familiale

Une intervenante d'origine haïtienne, employée d'un C.S.S., agit comme consultante auprès d'un groupe d'infirmières d'un C.L.S.C. qui s'occupent de donner des cours d'éducation familiale à des mères haïtiennes qui ont des enfants d'âge préscolaire. L'interprétation des facteurs socioculturels permet de donner un meilleur service de prévention.

— Projet Théâtre-Jeunesse sur les préjugés raciaux

Une autre intervenante du même C.S.S. travaille conjointement avec des organisateurs d'un C.L.S.C. à organiser des services pour les adolescents de différents groupes ethniques dans un quartier. L'objectif en organisant cette pièce de théâtre était d'aider ces différents groupes à développer de meilleures communications.

Ces deux programmes possèdent un aspect de prévention aussi bien que de traitement. Il est à noter qu'ils sont le produit d'une collaboration entre C.S.S. et C.L.S.C.

Organismes privés et groupes ethniques

Il n'a malheureusement pas été possible de recueillir des données sur les services offerts par ces organismes. Ces données n'étant pas centralisées, il aurait fallu visiter tous ces groupes un à un, ce que le temps ne permettait pas.

Objectifs de l'intervention

Les parents s'adressent aux établissements de services sociaux lorsque le comportement de leur enfant leur cause des difficultés qu'ils ne peuvent solutionner. Les problèmes d'intégration scolaire sont souvent à la base de la référence et l'école s'avère un excellent lieu de dépistage.

L'objectif de l'intervention est d'aider ces jeunes immigrants à s'intégrer dans la société le plus harmonieusement possible. Un des moyens utilisés est la réinterprétation, en les remplaçant dans leur contexte socioculturel, de comportements qui sont parfois trop rapidement étiquetés de « marginaux ». Ceci permet, par exemple, d'éviter que des enfants soient placés dans des classes spéciales sans nécessité.

Appréciation

L'intervention auprès des immigrants demande certainement une grande souplesse à tous les points de vue, incluant un horaire flexible. Le plus grand nombre d'immigrants étant concentrés à Montréal, c'est donc dans cette ville que se retrouve le plus grand nombre d'intervenants qui ont développé une expertise dans ce domaine.

Cette problématique est peu ou n'est pas mentionnée dans les documents et études qui sont publiés par les établissements du réseau, ce qui laisse présumer qu'elle n'occupe pas une place prioritaire.

La prévention existe peu, et pourtant elle pourrait constituer un investissement valable. Il reste à souhaiter qu'au moment de l'application du cadre de référence qui transfèrera certains bénéficiaires des C.S.S. aux C.L.S.C., les planificateurs porteront une attention particulière à ce groupe afin de ne pas perdre les expertises déjà accumulées dans ce domaine et de conserver aux groupes appartenant aux minorités culturelles le droit de conserver les quelques intervenants qui non seulement connaissent leur culture, mais également leur langue.

Conclusion

L'objectif de cette étude était de présenter un portrait global des problèmes sociaux qui affectent la santé mentale des jeunes de 0 à 18 ans, et des services sociaux qui leur sont offerts. L'absence de données statistiques qualifiées ne permet pas pour le moment d'établir un portrait exhaustif de la situation. Les établissements améliorent actuellement leur système d'information et il est à espérer que l'ensemble des intervenants s'entendront sur l'utilisation d'une même terminologie. Un bon système d'information est en effet essentiel si on désire orienter les services en priorité vers les populations les plus vulnérables, et cela conjointement avec les parents concernés.

Les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.)

Les rôles et fonctions des C.L.S.C.

L'implantation des C.L.S.C. au Québec a débuté en 1972. En 1977, le ministère des Affaires sociales en définissait ainsi la mission :

« Dans l'organisation des services sociaux et de santé au Québec, le Centre local de services communautaires joue un rôle de toute première importance. Desservant un territoire bien délimité (le district), le C.L.S.C. vise, par une approche globale (multidisciplinaire) et communautaire, à améliorer l'état de santé ainsi que les conditions sociales des individus et de la communauté, et vise à amener la population à prendre en main ses problèmes et leur solution. C'est d'abord à lui qu'incombe la responsabilité des services courants et des programmes spécifiques axés particulièrement sur la prévention, qui s'adressent à la communauté ».

Après avoir rappelé le rôle de complémentarité des C.L.S.C. avec les autres éléments du réseau des Affaires sociales, le M.A.S. précisait les types de services qu'ils pourraient, selon leurs ressources, développer. On ne retiendra ici que les types de services touchant les jeunes et la santé mentale.

Ainsi, dans le domaine des *services sociaux*, les C.L.S.C. sont habiletés à s'engager, par exemple, dans les activités suivantes: éducation à la vie familiale, consultation en planification des naissances; aide et support aux familles et aux personnes qui vivent des situations de crise (fugue, abandon, décès, renvoi, arrestation, grossesse non désirée et autres problèmes de même nature); assistance aux couples et aux familles en conflit, aux handicapés physiques ou mentaux, aux personnes âgées; aide à domicile pour les personnes âgées ou handicapées et pour les familles où les parents sont incapables de s'occuper des enfants par suite d'un décès ou d'une maladie; aide aux personnes ayant des problèmes d'alcoolisme, de consommation abusive de drogue, etc. Les C.L.S.C. doivent développer des mécanismes simples et concrets, avec la collaboration du C.S.S., afin de répondre en tout temps aux urgences sociales.

Dans l'exécution de ces tâches, les C.L.S.C. doivent veiller à ne pas se substituer aux groupes existants, mais plutôt chercher à les soutenir et même favoriser la naissance de nouveaux groupes.

Dans le domaine des services de santé, le C.L.S.C. est en mesure d'apporter une solution aux problèmes de santé relativement bénins ne justifiant pas un traitement complexe que seul le centre hospitalier peut fournir. Disposant, parfois sur place ou plus souvent à proximité, d'équipements de radiologie et de facilités de prélèvement pour analyses de laboratoire, ou même de laboratoires dans certains cas, le médecin du C.L.S.C. peut poser un diagnostic rapide et appliquer le traitement approprié. Le C.L.S.C. est aussi responsable des personnes souffrant de troubles mentaux légers, dont l'état ne requiert pas l'hospitalisation ou l'intervention d'un spécialiste.

Il est important que le C.L.S.C. passe des ententes claires et précises avec les centres hospitaliers pour assurer la complémentarité quotidienne des services donnés aux résidents du district, de façon à leur assurer notamment une hospitalisation rapide lorsque nécessaire. Il importe également que l'équipe psychiatrique du centre hospitalier coordonne étroitement ses activités avec le personnel du C.L.S.C.; dans cette perspective, le psychiatre remplit les fonctions de spécialiste consultant du personnel du C.L.S.C. qui travaille auprès de malades mentaux. Cette façon d'aborder le traitement de la maladie mentale s'applique aussi aux autres pathologies.

Les programmes spécifiques

Pour remplir sa mission, le C.L.S.C. ne doit pas se limiter à répondre aux demandes de soins et d'aide qui lui sont adressées. S'il veut atteindre ses objectifs, soit d'améliorer la santé et les conditions sociales de la population, il lui faut également développer des programmes spécifiques de prévention. De plus, il faut qu'il voit à ce que chaque résident de son district prenne conscience de sa santé et de celle des autres et de l'obligation de s'entraider qui en découle.

Les programmes spécifiques touchent plusieurs dimensions d'une population cible ou d'un problème particulier (maintien à domicile des personnes âgées, aide aux personnes handicapées, périnatalité, information et éducation populaires, amélioration de l'alimentation, garde d'enfants, aide aux immigrants, etc.). L'approche globale communautaire qui doit caractériser ces programmes permet au C.L.S.C. de s'attaquer aux causes réelles des problèmes auxquels fait face la population et lui permet ainsi de les prévenir. C'est surtout ici que s'exerce la « multidisciplinarité » ou l'action commune d'intervenants de diverses disciplines et que la participation ou la prise en charge, tant individuelle que collective, prend tout son sens. Le C.L.S.C. développe ses programmes conjointement avec le Département de santé communautaire, les Centres de services sociaux et les autres organismes du milieu.

Les groupes prioritaires

Dans une perspective de prévention, le Ministère encourage les C.L.S.C. à créer des programmes à l'intention des groupes prioritaires suivants: les jeunes enfants et les adolescents, les handicapés physiques et mentaux, les personnes âgées et les malades chroniques.

Le C.L.S.C. doit aider les jeunes enfants et les adolescents tant sur le plan de la santé que de l'adaptation sociale. On peut remédier très tôt à certains problèmes qu'ont les enfants, s'ils sont dépistés dès le bas âge (deux ou trois ans) ; on évite ainsi qu'ils prennent des proportions trop graves. Tel est souvent le cas pour les problèmes visuels et auditifs, les difficultés d'apprentissage, certaines infirmités mineures et autres difficultés similaires. Des programmes de prévention devront également être conçus à l'intention des adolescents afin de s'assurer qu'ils acquièrent des habitudes propices au maintien et au développement de leur santé et de leur équilibre.

Dans le cadre des services aux jeunes enfants, le Ministère demande aux C.L.S.C., spécialement à ceux qui sont situés dans des milieux défavorisés, d'encourager et d'appuyer l'élaboration de projets de garderies là où elles s'avèrent nécessaires.

Mise à jour de la mission des C.L.S.C.

En 1984, à l'occasion de l'opération de partage des responsabilités C.S.S.-C.L.S.C. en matière de services sociaux, l'orientation de la mission des C.L.S.C. était réaffirmée.

Orienté vers la distribution de services, le C.L.S.C. doit tendre, dans le domaine de la santé comme des services sociaux, à un juste équilibre entre les services curatifs dispensés et l'action préventive, ces deux axes étant complémentaires, voire indissociables ; l'action sociale préventive, aussi bien que sanitaire, pouvant difficilement s'élaborer en dehors des problématiques dont les C.L.S.C. sont saisis à partir des besoins manifestés au travers de l'achalandage quotidien. L'action préventive doit du reste être prioritairement orientée là où elle est susceptible d'avoir le maximum d'impact sur le développement des conditions de vie des populations les plus vulnérables.

Afin que son action et ses programmes soient dirigés en fonction des besoins ressentis et des requêtes exprimées, le C.L.S.C. doit demeurer un établissement caractérisé par sa souplesse et sa flexibilité. Sa programmation doit être influencée par la pression du milieu, en fonction des problèmes dominants qui s'y trouvent. C'est là une contrainte majeure à sa mission, une condition essentielle à l'efficacité de ses services.

Bref, le C.L.S.C. doit constituer une ressource sur laquelle on puisse toujours compter, peu importe la nature de ses besoins sociaux ou sanitaires courants. Lorsqu'il est empêché de répondre aux demandes qui lui sont adressées, « de prodiguer lui-même les

services requis », il conseillera les personnes dans le besoin « en les dirigeant, si nécessaire, vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide ».

Enfin, en raison de ses caractéristiques organisationnelles et du contexte d'exercice qu'il offre, de l'interaction constante qu'il est en mesure d'établir avec son milieu et de la nature de sa vocation — sanitaire et sociale, préventive et curative — le C.L.S.C. constitue un lieu propice au développement, au renouvellement et à l'adaptation continue des pratiques professionnelles des intervenants qui y œuvrent.

En résumé, la vocation des C.L.S.C. est donc de rendre accessibles les services de santé et les services sociaux courants, tant curatifs que préventifs, dans une perspective de santé communautaire.

Les ressources des C.L.S.C.

Au 31 décembre 1983, le Québec comptait 106 C.L.S.C. en opération. De plus, trois étaient en implantation et onze allaient être implantés en 1984. Lorsque le réseau aura été complété, 166 C.L.S.C. seront fonctionnels.

Les types et le nombre d'intervenants qui travaillent dans les C.L.S.C. au 31 décembre 1983

La liste qui suit n'est pas exhaustive. Ainsi, certaines catégories d'intervenants sont ignorées volontairement parce qu'ils ne sont pas engagés directement ou indirectement dans la santé mentale. Par ailleurs, il n'est pas possible de répartir les intervenants par programmes, à l'exception des infirmières et des auxiliaires familiales affectées aux services à domicile. Il ne faudrait donc pas croire que les intervenants dont la liste suit sont affectés exclusivement ou principalement à des programmes de santé mentale.

Types d'intervenants	Nombre d'intervenants en fonction des postes[1]
— Travailleurs sociaux professionels:	105
— Techniciens en assistance sociale:	187,52
— Psychologues:	38
— Travailleurs communautaires:	82,9
— Travailleurs de quartier:	14,1
— Auxiliaires familiales:	625,55
— Organisateurs communautaires:	149,9
— Agents de relations humaines:	111,16
— Autres intervenants sociaux:	26,32
— Infirmières:	960,51
— Hygiénistes dentaires:	100,7
— Médecins:	424,94
— Agents d'information:	35,55

1 Le 1er avril 1985, un nombre important de salariés des C.S.S. auront été transférés dans les C.L.S.C.

Les programmes des C.L.S.C. à l'intention des jeunes

Les programmes curatifs ou cliniques

Tous les C.L.S.C. offrent des services sociosanitaires à caractère curatif: consultation médicale, consultation psychosociale, aide et soins à domicile. Ces services s'adressent à l'ensemble de la population dont les jeunes, les couples et les familles. Il va de soi qu'il se fait beaucoup de travail préventif à l'occasion d'activités officiellement curatives, par exemple lors d'une consultation médicale ou lors d'une consultation psychosociale. De même, l'infirmière ou l'auxiliaire familiale qui fait une visite à domicile chez une jeune famille aura, dans plusieurs cas, un apport plus préventif que curatif. À compter du 1er avril 1985 s'ajouteront la prise en charge des enfants et des familles requérant des services sociaux, la consultation conjugale et les services sociaux aux immigrants reçus.

Les services préventifs

La périnatalité

Ce titre regroupe le suivi de la femme enceinte, les cours prénatals, les cours post-natals, les visites post-natales et le suivi de la femme qui vient d'accoucher.

Quoique ces services soient, dans la presque totalité des cas, offerts par des infirmières, ils sont le résultat d'un travail multidisciplinaire effectué par des médecins, nutritionnistes, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux et sexologues. À l'origine, le cours prénatal visait à préparer la mère à un accouchement sans douleur. Le cours post-natal cherchait quant à lui à répondre à des interrogations de la nouvelle mère et à l'aider à retrouver sa forme physique. Pour sa part, la visite post-natale visait à répondre à des interrogations de la mère. Les résultats des recherches scientifiques et les attentes de la « clientèle » ont amené des modifications profondes dans les objectifs visés par ces divers programmes. De plus en plus, on cherche davantage à préparer le couple et la famille à recevoir le nouveau-né, à renforcer la compétence du couple et de la famille et, suite à la naissance, à l'assister.

Programmes à l'intention des 0-5 ans

Le transfert dans les C.L.S.C. du programme de santé maternelle et infantile fait en sorte qu'on peut maintenant intégrer des préoccupations d'ordre psychosocial à ce programme de prévention. Présentement, l'accent est mis presque exclusivement sur les enfants de 0 à 2 ans via la visite post-natale et les cliniques d'immunisation. Dans le but de développer une approche plus globale et de rejoindre également les familles ayant des enfants de 2 à 5 ans, plusieurs C.L.S.C. sont à réviser complètement leur programmation pour les 0-5 ans en y affectant des équipes multidisciplinaires. Les activités liées aux programmes à l'intention des 0-5 ans sont les suivantes : immunisation, dépistage, relations parents-enfants, matinées enfantines... Un nombre de plus en plus important de C.L.S.C. offrent des programmes psychosociaux préventifs à l'intention des familles ayant de jeunes enfants ou des adolescents. Ces programmes visent à prévenir le dysfonctionnement individuel et familial, à prévenir chez l'enfant (0-5 ans) l'apparition de troubles pouvant affecter le développement physique et mental, à dépister chez l'enfant les premiers signes d'atteinte à la santé physique et mentale, etc.

Généralement, ces programmes s'adressent à des groupes cibles : parents et enfants qui ont des problèmes de communication, couples en difficulté, familles monoparentales, femmes isolées, adolescents en difficulté et enfants de 0-5 ans.

Les programmes et services se regroupent sous plusieurs titres : animation et information, organisation communautaire (développement du milieu, logement, consultation budgétaire, groupe d'entrai-

de, coopérative de logements, association de parents d'enfants handicapés, alcooliques anonymes, association des déprimés anonymes, maison de jeunes, banque de gardiennes pour enfants « normaux » et/ou pour enfants handicapés), dépistage (avec la colaboration du personnel affecté à la santé maternelle et infantile et à la santé scolaire), activités de groupes (« bambinerie », relations parents-enfants et parents-adolescents, matinées enfantines, apprentissage de la vie familiale, communication dans le couple).

Programmes de santé scolaire

Ces programmes constituent un héritage des Départements de santé communautaire. Ils comprennent la partie dispensée par les infirmières (dépistage, information, enseignement) et la partie offerte par les hygiénistes dentaires (dépistage, information, enseignement). Plusieurs C.L.S.C. se préparent à revoir de fond en comble la programmation de santé scolaire primaire, secondaire et collégiale en y affectant des professionnels de diverses disciplines. Ce programme a un caractère nettement préventif, mais ses objectifs doivent être révisés en tenant compte des mentalités, habitudes et comportements des jeunes d'aujourd'hui. Le fait que les C.L.S.C. intègreront, le 1er avril 1985, les travailleurs sociaux des C.S.S. actuellement affectés aux écoles ouvrira les portes des écoles aux C.L.S.C. en ce qui a trait aux services sociaux. Le fait également que le ministère des Affaires sociales ait décidé d'abandonner certains programmes systématiques de prévention libère du temps-infirmière. Le C.L.S.C. sera donc en mesure de faire travailler ensemble les professionnels de la santé et des services sociaux et d'élaborer des programmes de prévention ayant pour objectif notamment de favoriser le maintien d'une bonne santé mentale.

Programmes d'action communautaire

Plusieurs C.L.S.C. ont des programmes d'action communautaire à l'intention des jeunes. Ces programmes visent à amener les jeunes à se prendre en charge et à se donner les ressources dont ils ont besoin (exemple: une maison de jeunes).

Les programmes-jeunesse

Plusieurs C.L.S.C. ont intégré dans un seul programme-jeunesse l'ensemble des programmes, services et activités ayant les jeunes comme population cible. Ces programmes-jeunesse recoupent les activités préventives, curatives et communautaires et sont réalisés

par des équipes multidisciplinaires : médecin, infirmière, organisateur communautaire, travailleur de quartier, psychologue, travailleur social, etc. (exemple : programme de planning).

Le maintien à domicile

On pense souvent que le programme de maintien ou de services à domicile s'adresse exclusivement aux personnes âgées, aux malades chroniques, aux malades en phase aiguë (post-op) et aux personnes handicapées. Quoique ces groupes cibles constituent la majeure partie de la clientèle des programmes de maintien à domicile, il ne faut pas oublier les familles en « situation de crise » forment également une clientèle importante. Ces familles sont en situation de crise parce que l'un des conjoints a fugué, parce que l'un des conjoints est atteint d'invalidité temporaire ou permanente, parce que l'un des conjoints est hospitalisé ou décédé, parce que le parent monoparental (père ou mère, mais généralement mère) a des problèmes psychiques, parce que des jumeaux ou des triplés arrivent, parce que la mère se relève péniblement d'un accouchement et qu'elle a déjà de jeunes enfants à la maison, etc.

C'est pourquoi il est prévu dans les descriptions de tâches des auxiliaires familiales des activités d'aide à l'éducation des enfants en plus des activités d'aide à la personne malade (soins d'hygiène) et d'entretien ménager (incluant la préparation des repas).

L'origine des programmes

Ministère des Affaires sociales

La quasi-totalité des programmes dispensés par les C.L.S.C. proviennent de mandats confiés par le ministère des Affaires sociales. Ces divers mandats sont soit issus de la définition du C.L.S.C. contenue dans la loi, soit de politiques ministérielles (*Rôles et fonctions des C.L.S.C.*, *Politique des services à domicile*, *Partage des responsabilités C.S.S.-C.L.S.C. en matière de services sociaux*, *Entente M.A.S.-M.E.Q. sur les services de santé en milieu scolaire*, *Politique de soins dentaires préventifs*) et diverses circulaires.

Généralement, ces mandats sont très larges. Il revient à chacun des C.L.S.C. de transformer ces mandats en programmes opérationnels, en services concrets et en activités. Il revient également à chacun des C.L.S.C. de répartir sa masse budgétaire selon les programmes et de décider de la quantité et de la qualité (titre d'emploi) des effectifs à y affecter. Même dans le programme de

maintien à domicile dont l'enveloppe est protégée, chacun des C.L.S.C. décide de l'équilibre à établir entre les soins à domicile, l'aide à domicile et le développement communautaire. Chacun des C.L.S.C. doit établir ses orientations, ses objectifs, ses priorités et ses modes d'intervention.

Contrairement à certaines affirmations courantes, chacun des C.L.S.C. jouit d'une marge de manœuvre importante. Marge de manœuvre accompagnée, certes, de certaines contraintes, mais marge de manœuvre réelle. Souvent, les programmes préventifs en santé sont préparés conjointement avec les Départements de santé communautaire.

Responsabilité locale

Conseil d'administration

Tous les programmes offerts par les C.L.S.C. et qui sont issus de mandats confiés par le ministère des Affaires sociales ont été l'objet d'une adaptation locale. Les programmes sont colorés par les besoins spécifiques des différents milieux, par les valeurs et la culture propres à chacun ainsi que par la complémentarité interétablissements lorsqu'il y a d'autres ressources sociosanitaires. Ainsi, un C.L.S.C. situé dans un district qui a déjà un centre hospitalier, un centre d'accueil, une succursale du C.S.S. et des cliniques médicales privées mettra l'accent sur les services préventifs, alors que le C.L.S.C. qui constitue la seule ressource sociosanitaire de son milieu développera davantage l'aspect curatif. Ces choix fondamentaux sont faits par les Conseils d'administration. Le Conseil d'administration établit également certaines priorités de programmation. Il peut décider que l'accent sera mis sur les services à la jeunesse et que tel projet de développement communautaire est nécessaire. Il prend ces décisions à partir de la connaissance du milieu dans lequel chacun des membres du Conseil d'administration est intégré.

Les intervenants

Dans un C.L.S.C., les mandats ministériels et les décisions du Conseil d'administration sont tranformés en programmes opérationnels par les intervenants: membres du personnel clinique et médecins. Les intervenants procèdent à partir de la connaissance directe qu'ils ont des clientèles, à partir de leurs perceptions des besoins et parfois, lorsque les moyens le permettent, à partir d'analyses plus rigoureuses des besoins du milieu.

Il arrive également qu'un programme soit le résultat d'une initiative personnelle d'un intervenant interne ou d'un intervenant venu travailler dans un C.L.S.C. pour y rassembler les moyens nécessaires à la réalisation d'un projet professionnel personnel. Certaines de ces initiatives ont été des plus heureuses, d'autres sont tombées dans l'oubli. Par exemple, un psychologue estime qu'il y a assez de ressources dans le milieu pour créer et mettre en place une série de programmes préventifs en psychosociologie. Il prend sur lui de collaborer avec le service d'éducation des adultes de la Commission scolaire régionale. Cette collaboration génère plusieurs programmes: matinées enfantines, relations parents-enfants, relations parents-adolescents, éducation à la vie familiale, « bambinerie » et une série d'autres activités à l'intention des adultes et des couples en difficulté. Ces programmes fonctionnent depuis un certain nombre d'années et le psychologue n'est plus engagé dans leur réalisation.

Collaboration interétablissements

La collaboration entre des profesionnels d'établissements différents du réseau donne à l'occasion des résultats étonnants. Ainsi, il arrive que tel psychiatre ou tel pédiatre attaché à un centre hospitalier travaillera avec l'équipe petite enfance d'un C.L.S.C. à ajuster une programmation de santé communautaire. Ceci ne se produit pas tellement souvent, mais les résultats sont généralement positifs.

Demandes directes de la population

Jamais un établissement du réseau des Affaires sociales ne pourra prévoir tous les besoins des individus en matière de services sociosanitaires. Jamais il ne pourra traduire dans des politiques et procédures toutes les réponses possibles. Il y aura toujours un individu ou un groupe d'individus qui se pésenteront avec un problème pour lequel aucune réponse satisfaisante n'est prévue. Aussi, dans bien des C.L.S.C., des programmes sont nés à la suite de demandes pour lesquelles il n'y avait pas de réponse prévue. Beaucoup de programmes d'intervention communautaire, beaucoup de programmes de groupes et beaucoup d'ajustements à des programmes déjà en place (santé scolaire, santé maternelle et infantile) tirent leur origine de demandes directes de la population. Des maisons de jeunes sont nées, des garderies, des programmes à l'intention des familles monoparentales, des banques de gardiennes pour des enfants « normaux », des banques de gardiennes pour des enfants handicapés, etc.

Perspectives

À court terme

Dans les perspectives à court terme, on peut facilement imaginer que d'ici peu, la totalité des C.L.S.C. sera en mesure d'avoir une approche préventive en santé mentale pour les populations de 0-18 ans. En effet, maintenant que le personnel des D.S.C. travaillant en santé maternelle et infantile, en périnatalité de même qu'en santé scolaire est intégré dans les C.L.S.C. et que des intervenants des C.S.S. seront transférés dans les C.L.S.C. en avril 1985, il sera davantage possible de tenir compte de l'ensemble de la personne dans l'élaboration et l'exécution des programmes préventifs.

Par ailleurs, les C.L.S.C. qui développent le travail communautaire sont en bonne position pour promouvoir la création des « ressources alternatives » dans leur milieu : maison de jeunes, programmes à l'intention des familles monoparentales, parents anonymes, programmes d'éducation familiale, dépistage, etc.

À moyen terme

Il serait souhaitable que les C.L.S.C. accentuent le traitement en santé mentale en s'assurant la collaboration de spécialistes. Il y aurait avantage à ce que le traitement s'effectue le plus près possible du milieu et que les parents ainsi que les amis soient associés au traitement.

Il est par ailleurs à espérer que les C.L.S.C. s'engagent dans les programmes de réinsertion sociale. Il est bien beau de sortir les personnes des institutions, mais encore faut-il que le milieu soit apte à les recevoir et que le choc ne soit pas trop grand pour elles. Les C.L.S.C. pourraient travailler à développer la tolérance du milieu vis-à-vis de la santé mentale et collaborer avec les citoyens et les organismes du milieu à susciter l'émergence de ressources alternatives vouées à la réinsertion.

À long terme

Des personnes s'interrogent actuellement dans le réseau des Affaires sociales sur la pertinence d'intégrer aux C.L.S.C. les cliniques externes de psychiatrie. Pour certains, ces cliniques auraient l'avantage d'être situées dans les milieux de vie des personnes sous traitement. Elles seraient « dépsychiatrisées » en ce sens qu'elles ne fonctionneraient pas sous l'autorité exclusive du psychiatre. Ces cliniques de santé mentale, dans lesquelles travailleraient des infir-

mières, des travailleurs sociaux, des psychologues, pourraient prendre en charge provisoirement des personnes qui nécessitent un traitement tout en travaillant avec les ressources du milieu. Par ailleurs, chacune de ces cliniques rattachées à un C.L.S.C. pourrait avoir un ou des psychiatres consultants.

Remarques sur le réseau des Affaires sociales

Les informations disponibles indiquent donc que les services de santé mentale s'adressent particulièrement à une clientèle qui consulte pour des problèmes existants. Notre système de santé qui comprend des services de nature préventive, curative et de réadaptation paraît donc à l'heure actuelle orienté davantage vers le curatif, ne serait-ce qu'au niveau de la nature des services offerts. Il en est de même pour les services sociaux. Ils visent prioritairement une population dans le besoin ou souffrant déjà de problèmes tels les enfants maltraités et abusés sexuellement, les délinquants, etc.

La spécialisation des professionnels, quoique présentant des avantages, a aussi un impact important sur le rôle qu'ils peuvent jouer en santé mentale. Ainsi, dans son cahier sur l'intervention sociale auprès des enfants maltraités, le Comité de la protection de la jeunesse mentionne que « la spécialisation poussée, suivant un modèle ou un autre, a amené plusieurs intervenants, souvent parmi les plus qualifiés et les plus expérimentés, à rechercher une clientèle de choix taillée sur mesure selon le type d'interventions qu'ils privilégient ». Une préparation inadéquate, tant au niveau santé que social, entrave souvent une approche globale de l'enfant ou de sa famille et limite ainsi les résultats qui pourraient être obtenus. En contrepartie, il existe depuis plusieurs années un fort mouvement orienté vers l'humanisation des soins et une approche plus « holistique » des clientèles qui sont vues. Ce mouvement affecte les interventions auprès des jeunes et de leur famille autant que celles chez les adultes.

La dichotomie des services de santé et des services sociaux et leur vocation axée de façon prioritaire sur les services curatifs de même que le courant corporatiste n'avantagent pas une intervention au niveau des problèmes de santé mentale qui respecte les multiples facteurs individuels et environnementaux qui ont un impact sur l'état de santé mentale de même que sur la variété des manifestations d'une atteinte quelconque à ce niveau. Elle favorise une discontinuité dans la gamme des services à distribuer qui affecte particulièrement la prévention et la réadaptation.

Toutefois, les réseaux de santé et sociaux possèdent les éléments essentiels dans leur structure qui leur permettraient d'aller de l'avant dans le domaine de la prévention en santé mentale. Les expériences vécues au niveau de certaines cliniques pédopsychiatriques et des C.L.S.C. illustrent la complémentarité qui peut exister entre les établissements ayant des vocations spécialisées et ceux ayant des vocations de première ligne, entre les établissements de santé et ceux qui œuvrent dans le champ social. Le support apporté par le personnel travaillant en milieu spécialisé et, en particulier, les équipes de pédopsychiatrie au personnel œuvrant dans la première ligne permet à ces derniers de développer des services qui assurent la continuité des soins et favorisent non seulement la réintégration mais le développement de programmes de dépistage et d'interventions précoces. L'intérêt pour une intervention efficace en santé mentale des professionnels et leur dynamisme a fait tomber plusieurs barrières et permis la formation et la mise en place de projets près des besoins des communautés desservies.

Cette préoccupation d'échange et de complémentarité se retrouve aussi au sein de tables de concertation de plus en plus nombreuses qui regroupent des établissements et organismes d'un milieu de même qu'au niveau ministériel comme l'indique l'intérêt à développer une politique de santé mentale pour le Québec.

Le réseau de l'éducation[1]

Dans le cadre de cet Avis, le réseau de l'éducation dont il est ici question se limite à l'école primaire et à l'école secondaire. À la différence des réseaux de la santé et des services sociaux dont les services sont surtout dispensés à des clientèles qui ont des problèmes de santé et d'adaptation, le réseau de l'éducation s'adresse à l'ensemble de la population des enfants et adolescents en âge de fréquenter l'école. À proprement parler, la mission de l'école est éducative et non sanitaire et si l'on examine son rôle dans une perspective de santé mentale, c'est d'abord sous l'angle de la promotion de cette santé par le développement de la compétence des individus qu'on le découvre. Par ailleurs, l'école étant un véritable milieu de vie pour la majorité des enfants et adolescents qui constituent la clientèle des services sociaux et des services de santé, son action est d'une extrême importance dans le traitement et la réadaptation des problèmes reliés à la santé mentale. Le rôle de

1 Ce chapitre est un résumé rédigé à partir d'un texte de Pierre Baulu publié comme annexe au présent Avis.

l'école n'étant envisagé ici que dans ses grandes lignes, le lecteur est prié de se référer à l'étude de Pierre Baulu (1985) publiée comme une annexe séparée de cet Avis, pour une vision plus complète de la question[2].

Les objectifs de l'école

Dans un document officiel, *L'école québécoise. Énoncé de politique et plan d'action* (1979), le ministère de l'Éducation du Québec souscrit à des finalités de l'éducation scolaire qui ont pour but le développement de la personne : « L'éducation au Québec vise à développer la personne dans toutes ses dimensions : la personne est un corps, intelligence, affectivité. Elle a une dimension sociale dans son existence, elle intègre une morale et, très souvent, une religion ». D'une façon plus précise « l'éducation veut favoriser l'épanouissement d'une personnalité créatrice, assurer le développement d'une personne qui aspire à l'autonomie, à la liberté et au bonheur, qui a besoin d'aimer et d'être aimée, qui est ouverte à la transcendance. Elle considère la personne comme un être social en rapport étroit avec une collectivité et des groupes enracinés dans une histoire commune et dans une culture particulière ».

Le document gouvernemental, tout en rappelant que l'école est un complément de la famille, souligne qu'elle la prolonge comme lieu d'enseignement et d'instruction où l'on apprend à devenir une personne autonome et comme lieu d'insertion sociale où l'on apprend à être un citoyen responsable. Un ensemble de valeurs dont devrait s'inspirer l'éducation est proposé.

Les services

Par ses règlements ou régimes pédagogiques, le ministère de l'Éducation définit certains services jugés nécessaires à l'atteinte des objectifs.

Les régimes pédagogiques

Les programmes pédagogiques sont traduits dans des règlements ou *régimes pédagogiques* qui ont comme objectifs explicites de faciliter l'accès de tous les enfants à des services éducatifs de qualité, de faire progresser l'égalité des chances en éducation et de favoriser une personnalisation accrue des services éducatifs. Ils

---

2 Baulu, P. « L'école et la santé mentale : état de la question de la santé mentale en milieu scolaire ». Annexe de l'Avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la protection et le développement de la santé mentale des jeunes, gouvernement du Québec, 1985.

imposent aux commissions scolaires d'assurer, entre autres, les mesures suivantes:

— classes maternelles pour tous les enfants de cinq ans dont les parents en font la demande;
— classes maternelles, dès l'âge de quatre ans, pour des enfants en difficulté d'apprentissage et d'adaptation et pour des enfants de milieu économiquement faible;
— classes d'accueil à temps complet à l'intention des enfants des nouveaux arrivants au Québec;
— enseignement des langues d'origine;
— services de soutien linguistique pour les élèves ne possédant pas une connaissance usuelle du français;
— services spéciaux d'enseignement à domicile et en milieu hospitalier;
— services personnels aux élèves;
— abolition du système des voies au secondaire;
— intensification des échanges d'information entre l'école et les parents.

Certaines de ces mesures constituent des manières particulières d'aider des élèves ayant des besoins spéciaux en rapport avec leur santé mentale. Ainsi, les *services personnels aux élèves* ont pour but de contribuer à la réalisation des objectifs de l'éducation scolaire en soutenant notamment le cheminement personnel des élèves à l'école.

Les activités de ces services sont effectuées par du personnel provenant soit du réseau de l'éducation (orientation, orthophonie, pastorale, psycho-éducation, psychologie), soit d'autres réseaux (main-d'œuvre, santé, services sociaux). D'autres catégories de personnel sont également identifiées dans le cas d'interventions spécialisées (orthopédagogue, ergothérapeute, physiothérapeute, spécialiste en motricité et en orientation, diététicienne, technicien en hygiène dentaire, technicien en braille, éducation spécialisée, etc.).

L'objectif général de la définition — soutenir le cheminement personnel — peut, selon les régimes pédagogiques, être atteint de deux façons:

a) en assurant un soutien et un complément aux activités de développement assumées par l'enseignement et aux services complémentaires aux élèves;
b) en concourant à la solution des problèmes rencontrés par l'élève dans son cheminement personnel à l'école par l'analyse de la

situation et par l'intervention sur les difficultés et sur les conditions influençant son développement.

À ces objectifs s'en ajoutent d'autres en fonction des niveaux d'enseignement:

— développer harmonieusement toutes les ressources de la personnalité de l'enfant (éducation préscolaire);
— développer chez l'enfant les apprentissages fondamentaux (enseignement primaire);
— permettre à l'adolescent de poursuivre sa formation générale et de s'orienter dans la vie (enseignement secondaire).

Le réseau des Affaires sociales et l'école

Tant le réseau de la santé que celui des services sociaux offrent des services aux élèves dans le cadre scolaire. Les infirmières des services de santé exercent surtout leur action en rapport avec la santé physique des élèves, leurs possibilités d'action en rapport avec la santé mentale demeurant limitées pour plusieurs raisons dont, entre autres, la disponibilité d'effectifs. En certains milieux, les infirmières participent toutefois à des actions éducatives reliées à la santé mentale (ex.: l'éducation sexuelle).

Pour leur part, les services sociaux en milieu scolaire, bien que là aussi la quantité des effectifs limite l'action, ont des activités qui touchent davantage le champ de la santé mentale. D'après les conventions établies avec les écoles, les services sociaux exercent dans les champs suivants:

— aide personnelle accordée aux élèves en voie de dysfonctionnement et intervention menée auprès de leur famille et de l'école qu'ils fréquentent ou encore auprès d'organismes appropriés;
— actions d'information, de sensibilisation ou d'animation menées auprès de groupes d'élèves, de groupes de parents ou du personnel d'une école pour agir sur les conditions qui menacent ou entravent le développement personnel et social des élèves;
— participation à diverses activités éducatives qui visent à contrecarrer certaines déviations ou problèmes sociaux (ex.: toxicomanie, violence, etc.) ou à améliorer le climat scolaire;
— établissement de diverses formes de collaboration entre l'école et les ressources sociales telles qu'on les retrouve dans des organismes à vocation sociale (C.L.S.C., clubs sociaux, groupes communautaires, etc.).

La santé dans le programme d'enseignement

L'un des cours obligatoires du programme d'enseignement ayant une relation plus étroite avec le domaine de la santé mentale est le *cours de formation personnelle et sociale* qui doit être appliqué à toutes les années du primaire et du secondaire.

Le programme de formation personnelle et sociale vise les buts suivants :

— permettre à l'élève de reconnaître dans sa vie les divers aspects de la vie humaine que sont la santé, les relations interpersonnelles, la vie en société, la sexualité et la consommation ;
— permettre à l'élève d'éclairer ses conceptions, ses valeurs et ses actions dans ces divers champs de son développement ;
— permettre à l'élève de mieux comprendre la dimension sociale de sa personnalité afin qu'il puisse entretenir des relations valorisantes avec la collectivité ;
— permettre à l'élève de découvrir et d'apprécier le caractère unique de chaque être humain afin de susciter chez lui le respect de la personne dans les diverses réalités de la vie humaine ;
— permettre à l'élève de comprendre ses droits et responsabilités comme citoyen et la nécessité, dans une société démocratique, de normes collectivement agréées.

Le programme est sous la responsabilité des enseignants, mais il doit entretenir des liens étroits avec l'ensemble des services personnels aux élèves et les structures d'encadrement, y compris les activités étudiantes.

Situations critiques en santé mentale

Un certain nombre de situations généralement considérées comme les plus inquiétantes par les enseignants et les administrateurs scolaires peuvent être jugées comme expression ou facteur de problèmes de santé mentale. On peut les considérer sous les titres suivants :

— l'absentéisme et l'abandon scolaires ;
— l'insertion sociale et professionnelle ;
— l'école en milieu défavorisé ;
— l'échec scolaire ;
— l'enfance inadaptée ;
— les élèves allophones ;
— la consommation des drogues ;

— la délinquance;
— la protection de la jeunesse;
— les tentatives de suicide.

Absentéisme, abandon scolaire et insertion sociale et professionnelle

L'absentéisme scolaire peut avoir plusieurs causes chez les enfants qui s'absentent de l'école au-delà de 20 jours par an et est souvent l'indice de problèmes sociaux, familiaux, personnels et scolaires sérieux. L'abandon scolaire, qu'on peut définir comme le fait pour un élève de quitter l'école avant d'avoir obtenu son diplôme de fin d'études, a aussi plusieurs causes. C'est un phénomène important puisqu'il touche environ 11 pour cent (1976-1977) des élèves du secondaire au Québec (Boudreault, 1979). Les principaux motifs déclarés par les décrocheurs au moment de leur départ ont trait à des raisons liées au travail et à des difficultés vécues à l'école (Théberge, 1976).

La question de l'abandon scolaire débouche sur celle de l'insertion sociale et professionnelle des jeunes qui quittent l'école secondaire. Les chiffres des enquêtes Relance (Corbeil, Vézina, 1984) visant à établir la situation des sortants un an après qu'ils ont quitté l'école secondaire révèlent, bien sûr, pour l'ensemble de cette population de jeunes, un taux élevé de chômage qui varie d'une année à l'autre avec la situation générale du marché de l'emploi. Ils montrent que les non-diplômés, surtout les filles, ont plus de difficultés que les diplômés à se trouver un emploi. Parmi ces sortants de l'école, les élèves du secteur professionnel court sont proportionnellement les moins nombreux à occuper un emploi et les plus nombreux à se chercher un emploi ou à se retirer du marché du travail, et les filles sont toujours plus désavantagées que les garçons.

L'abandon scolaire, si on le considère sous l'angle de l'adaptation générale de l'individu, ne représente pas nécessairement un geste négatif. Pour certains qui décrochent de l'école pour travailler, la transition du statut d'élève à celui de travailleur peut s'avérer par exemple un régulateur puissant de la délinquance (Pronovost). Telle n'est pas cependant la situation pour tous et l'impact du non-emploi prolongé chez les jeunes incite les responsables de l'éducation à tenter de prévenir le décrochage scolaire et la difficulté d'insertion professionnelle qu'il risque d'entraîner avec toutes ses conséquences sur l'adaptation personnelle et sociale.

La population scolaire des milieux défavorisés

De nombreuses études ont démontré que l'élève de milieu défavorisé a moins de chance de réussir ses études et de s'intégrer éventuellement au marché du travail. Ainsi de 1972 à 1974, les études de Forest (1972, 1974) faisaient ressortir que plus un milieu est défavorisé, plus est importante l'arriération pédagogique qu'on retrouve chez sa population scolaire, cette arriération se révélant très tôt entre le 1re et la 3e années du primaire. Par ailleurs, il semble bien que ce phénomène d'arriération pédagogique ne soit pas dû à une déficience ou une différence particulière dans le domaine du développement intellectuel des enfants du milieu défavorisé. Quoiqu'il en soit, le facteur de désavantage sociopédagogique étant reconnu comme très important dans l'échec scolaire et l'adaptation, les mesures d'intervention qu'il appelle doivent nécessairement faire partie d'un plan global qui tend à mobiliser les ressources non seulement des enfants chez qui on identifie des difficultés mais de l'environnement où ils évoluent. L'Opération-Renouveau de la C.E.C.M. se situe dans cette perspective. Amorcée en 1970, cette opération en est à son troisième plan d'action qui a commencé en 1984 pour se poursuivre jusqu'en 1987. Elle continue de faire l'objet d'études évaluatives visant à en mesurer les effets sur le rendement scolaire et sur l'image d'eux-mêmes chez les élèves de milieu défavorisé. L'évaluation a également pour but d'identifier les moyens qui pourraient contribuer à rendre plus efficace l'action de l'école en milieu défavorisé. Ces évaluations ont déjà produit des données nombreuses qui demandent à être interprétées avec des nuances qu'il serait trop long de reproduire ici[1]. Il se dégage cependant de l'ensemble des observations que les programmes les mieux structurés, à l'exception des maternelles, sont ceux qui peuvent exercer une influence positive. L'impact à long terme de ce genre de programme, s'il est bien préparé et bien conduit, est très susceptible d'être positif comme certaines études longitudinales sur les effets durables des programmes préscolaires l'ont fait ressortir (The Consortium for Longitudinal Studies, 1983).

L'échec scolaire

L'échec scolaire ne se retrouve pas qu'en milieu défavorisé; c'est un phénomène général qui n'est limité à aucun milieu. On peut l'associer à différents facteurs qui se combinent de façon particulière

1 Voir annexe de l'Avis.

dans le cas de chaque individu. Que sa cause se situe dans des difficultés cognitives, affectives, sociofamiliales ou pédagogiques, il est susceptible d'entraîner des sentiments d'échec et de dévalorisation qui pourront occasionner son autoperpétuation. Il fait partie des facteurs qu'on identifie dans la dépression de l'enfant. Le phénomène de l'échec scolaire est assez important pour qu'on envisage à son propos des moyens d'action valables pour tous les milieux.

Les nouveaux programmes d'enseignement s'inspirent d'idées susceptibles de réduire l'échec scolaire; il s'agit de l'enseignement de notions adaptées aux intérêts des jeunes et des objectifs de formation portant non seulement sur l'acquisition de connaissances mais encore sur l'acquisition d'habilités et d'attitudes. Ces approches nouvelles nécessitent cependant un matériel pédagogique approprié et un perfectionnement des maîtres. Une véritable individualisation de l'enseignement qui tenterait de s'adapter aux caractéristiques propres de l'élève est parfois utilisée dans certaines classes spéciales à petits effectifs mais c'est une formule dont la généralisation apparaît très difficile. L'utilisation de guides méthodologiques permettant d'identifier divers facteurs rattachés aux conditions d'enseignement et d'apprentissage favorise un meilleur contrôle de la planification et de la préparation des cours, des activités en classe, du rôle des élèves et de l'évaluation de l'apprentissage. Enfin, à côté de tous ces moyens persistent ceux qui ont pour but de stimuler le désir de réussir une tâche scolaire. Cette motivation peut être encouragée par la qualité même du milieu scolaire, mais elle est également suscitée par diverses attitudes du personnel scolaire utilisant des techniques inspirées par la recherche scientifique à caractère behavioriste.

Les enfants dits en difficulté

La convention collective des enseignants identifie un certain nombre de catégories d'enfants inadaptés ou handicapés. Ce sont les suivantes:

— les déficients mentaux;
— les handicapés physiques;
— les handicapés auditifs;
— les handicapés visuels;
— les mésadaptés socio-affectifs;
— les élèves manifestant des troubles d'apprentissage;
— les déficiences multiples.

La pierre angulaire de la politique des services proposée par le rapport COPEX (ministère de l'Éducation, 1976) pour ces enfants est représentée par l'idée de l'intégration de l'élève inadapté aux groupes d'élèves « normaux ». L'intégration découle du principe de la normalisation qui préconise pour la personne handicapée un accès à des conditions de vie qui respectent le plus possible les normes sociales. L'intégration a aussi été encouragée par le résultat des études effectuées sur l'efficacité des classes spéciales montrant que les enfants de ces classes n'apprenaient pas plus que les élèves inadaptés laissés dans une classe ordinaire. La contestation juridique de certaines décisions de classement prises par les administrations scolaires sur la seule base de tests d'intelligence a également renforcé le courant vers l'intégration. Si le principe de l'intégration est accepté, ses conditions d'application présentent cependant de sérieuses difficultés dont le manque de préparation chez les enseignants et l'insuffisance des ressources financières et humaines pour assurer à ces enfants un service de qualité. Ces difficultés s'associeraient à une résistance du personnel scolaire à la politique dont l'application serait jugée mal préparée et « sauvage ». À ces problèmes, il faut ajouter l'intégration au milieu scolaire d'une importante clientèle issue des Centres d'accueil. Entre 1976 et 1979, 7 500 jeunes institutionnalisés dans les Centres d'accueil furent en effet transférés à l'école publique sans qu'on fournisse à celle-ci les mesures d'encadrement nécessaires à cette intégration (M.E.Q., *L'école québécoise*, 1979).

Les élèves allophones

Au cours de la dernière décennie, le visage autrefois homogène de certaines écoles francophones, surtout de la région de Montréal, a grandement changé. Ainsi, alors qu'en 1973 99 pour cent des élèves de la C.E.C.M. étaient issus de familles installées au Québec depuis de nombreuses années, en 1983 le pourcentage de la population allophone dans les écoles de cette même C.E.C.M. s'élevait à 36,3 pour cent. Il s'agit de la proportion d'élèves nés hors Québec. Bien que ces élèves aient un rendement scolaire qui ne diffère pas sensiblement de celui des enfants nés au Québec, leur arrivée si rapide et en si grand nombre a engendré des tensions ethniques ou raciales. On reconnaît en effet que la présence des étrangers suscite des conflits à partir du moment où la population majoritaire n'est plus en moyen d'assimiler aisément la minorité en son sein.

Le rapport de Noël (1984) sur les tensions raciales et sur le racisme en milieu scolaire fait une analyse de ce problème nouveau au Québec. Sans prétendre identifier des éléments originaux au plan scientifique, Noël apporte des observations sur les relations entre les élèves de race noire et de race blanche qui semblent assez bien correspondre à la réalité: un sentiment de rejet chez les noirs à cause de leur appartenance raciale, le manque de préparation des enseignants à comprendre les immigrants en difficulté, le regroupement à l'intérieur des écoles des élèves d'un même pays, le port d'armes chez les deux groupes raciaux pour se défendre en cas d'affrontement, le manque de ressources humaines pour pallier le problème, etc. Bien qu'au moment de la rédaction de cet Avis il ne soit pas encore survenu d'incident funeste dans les écoles de la C.E.C.M., il vaut mieux considérer qu'il existe un danger potentiel à désamorcer. Le rapport de Noël propose des moyens pratiques pour intervenir dans certains types d'écoles ayant servi d'échantillon.

Mais, pour saisir le problème dans son ensemble, il faut savoir que sur le seul territoire de la C.E.C.M., on compte plus de 25 écoles dont la proportion d'élèves de minorités ethniques dépasse 50 pour cent (Pagé, Primeau, 1984). Dans cette commission scolaire, les élèves proviennent de plus de 79 pays différents et parlent une trentaine de langues différentes. Dans son Avis au ministre de l'Éducation, le Conseil supérieur de l'éducation (1983) mentionnait qu'il faut « apprendre à intégrer et à accepter, apprendre à s'intégrer et à se faire accepter ». Ce qui signifie qu'il faut susciter un mouvement qui va dans les deux sens et qui exige des efforts d'ouverture et d'adaptation tant du milieu d'accueil que des immigrants. C'est d'ailleurs dans cet esprit que sont formulés les deux *premiers objectifs particuliers* de la politique de services à la C.E.C.M. concernant les communautés culturelles (C.E.C.M., 1984):

— favoriser la prise en charge, par l'école de quartier, d'une éducation interculturelle basée sur la prise de conscience des similitudes entre les ethnies, le respect des différences, l'égalité des chances pour tous les individus;
— développer chez les élèves, tant francophones que non francophones, des attitudes et des comportements favorisant l'interaction socioculturelle.

Une solution corollaire consiste à préparer un programme d'enseignement visant précisément les objectifs indiqués. C'est le cas du Programme d'éducation interculturelle préparé par Tremblay (1984), actuellement à l'état expérimental et envisagé comme cours faculta-

tif pour le secondaire. Un autre instrument pédagogique d'un grand intérêt utilise les fêtes ethniques comme moyen de sensibiliser autant les élèves que les enseignants aux valeurs culturelles étrangères (Des Rochers, 1984).

La consommation des drogues

On situe la généralisation du phénomène de la consommation des drogues en milieu scolaire québécois en 1967, année de l'EXPO. Les problèmes rencontrés en milieu scolaire concernent la consommation abusive et les actes délinquants (possession et trafic de drogues). Un problème souvent posé quant à la consommation des drogues est celui de ses relations avec le travail scolaire. Cette question a été examinée en 1976 par Poissant et Crespo (1976) qui observent que les notes de français et de mathématiques sont plus faibles chez les consommateurs que chez les non-consommateurs. Pour une moyenne, par exemple, supérieure à 60 pour cent en mathématiques, l'écart est de 15 pour cent entre les deux groupes. Chez les élèves qui déclarent ne pas aimer l'école ou la détester au plus haut point, 25,7 pour cent sont des consommateurs tandis que les non-consommateurs demeurent à 12 pour cent. Les drogues les plus consommées par les élèves du secondaire sont, par ordre décroissant, en 1984 (Desranleau et al., 1984):

— l'alcool ..... 42,6 %
— le tabac ..... 29,7 %
— le chanvre indien ..... 15 %
— les médicaments et substances chimiques ..... 3,8 %
— la cocaïne ..... 3,8 %
— la colle ..... 0,8 %

L'ordre de consommation est le même en 1984 qu'en 1976 même si la consommation a diminué d'environ 10 pour cent entre 1976 et 1984. L'étude de 1984 fait ressortir que de manière générale les drogues, à l'exception du tabac, sont consommées de façon occasionnelle. On constate aussi:

— que les drogues sont consommées surtout la fin de semaine et avec des partenaires;
— qu'il existe une relation entre certaines drogues et l'âge de la première consommation (on prend l'alcool pour la première fois au 1er cycle du primaire, le chanvre indien au 1er cycle du secondaire et les médicaments et substances chimiques au 2e cycle du secondaire);

— qu'il n'y a pas de différence significative entre les divers milieux socio-économiques.

De plus, l'étude de 1984 dégage des considérations sur un certain nombre de variables:

— le sexe: le pourcentage de consommation est à peu près le même chez les deux sexes, la différence n'étant pas statistiquement significative;
— l'âge: cette variable a une influence déterminante sur la consommation; plus l'âge augmente, plus le nombre de consommateurs est élevé;
— le niveau scolaire: le nombre de consommateurs augmente de façon continue de la 1re à la 5e année du secondaire; cette constatation n'est pas surprenante puisqu'il s'agit d'une variable étroitement liée à celle de l'âge;
— la situation familiale: les plus hauts taux de consommation sont observés dans les familles monoparentales, et de façon plus marquée lorsque le jeune vit avec son père;
— la poursuite des études: les consommateurs ont des aspirations plus limitées que les autres pour la poursuite des études au-delà du cours secondaire; ils ont aussi tendance à s'entourer d'amis avec des aspirations semblables;
— l'encouragement à poursuivre les études: les consommateurs perçoivent moins d'encouragement que les autres de la part de leurs parents et de leurs amis; cependant, aucune différence entre consommateurs et non-consommateurs n'est observée quant à l'encouragement provenant des enseignants;
— la participation à des groupes organisés: les consommateurs sont moins actifs.

Selon l'étude, les variables suivantes n'influencent pas la consommation: genre d'école, occupation et scolarité des parents, père ou mère vivants ou morts et, nombre d'heures consacrées aux activités parascolaires.

La consommation de la drogue étant un problème d'envergure sociale et n'étant généralement qu'un élément d'une problématique plus large, les mesures pour y faire face dépassent le simple contrôle de la consommation. Une action de milieu à visées préventives a dans ces cas de meilleures chances d'être efficace. Un programme spécial non centré sur la drogue mis en œuvre dans quelques écoles secondaires publiques de la ville de New York indique bien le genre de direction à prendre pour s'attaquer à ce problème.

Les objectifs de ce programme rapportés par Helen Nowlis (1980) étaient les suivants:

« 1. Créer, à l'intérieur de chaque école, un cadre dans lequel les jeunes puissent apprendre à s'aimer personnellement et à s'accomoder les uns des autres.
2. Aider les élèves à prendre des décisions, à résoudre des problèmes et, ce faisant, à grandir.
3. Proposer aux jeunes des activités d'ordre intellectuel, social, culturel, récréatif qui puissent se substituer à l'abus des drogues.
4. Améliorer la communication entre les services existant dans chaque école ».

Les mesures adoptées comportaient des conseils donnés individuellement et en groupes, des animateurs choisis parmi les élèves pour chacun des groupes, des personnes jouant le rôle de mentor, des visites à domicile, des séances de travail pour les parents, des réunions parents-enfants, une participation de la communauté, un aménagement des programmes d'enseignement et la formation des maîtres en cours d'emploi. Après un an, le nombre d'élèves signalés pour des problèmes de drogues avait diminué de façon très sensible, alors que pour le groupe contrôle le nombre avait augmenté. Mais de plus, l'absentéisme scolaire avait baissé de même que les bagarres, les injures, les chahuts, les vols, les dommages à la propriété; on notait par ailleurs une augmentation de ces problèmes chez le groupe contrôle. La même observation a été faite pour les résultats scolaires.

Au Québec, peu de commissions scolaires ont pris ce genre d'initiative. À la C.E.C.M., quatre modèles d'intervention sont proposés aux écoles secondaires. Sans entrer dans le détail, on peut dire qu'ils sont, en quelque sorte, gradués selon un ordre d'intensité dans l'information et dans l'aide personnelle à donner aux élèves. Les écoles qui veulent entreprendre une action préventive choisissent l'un des modèles offerts. Ce choix est déterminé par les facteurs suivants: la perception, par le personnel de l'école, du niveau de consommation chez les élèves; le besoin exprimé sur la nécessité d'une intervention plus ou moins intensive; et, finalement, l'investissement humain et matériel que l'école est prête à consentir.

La délinquance

Les principales manifestations de délinquance qui posent un problème en milieu scolaire sont: le dommage à la propriété, le vol, la violence et l'intimidation, le trafic de la drogue et la prostitution.

Pour contrer le dommage à la propriété et le vol, l'accent peut être mis sur l'amélioration de la qualité de vie à l'école dans l'espoir de susciter un sentiment d'appartenance qui dissuade ce genre de délit. À l'égard de la violence, le Conseil supérieur de l'éducation formule des recommandations qui devraient signifier le point de départ d'une action concertée sur le problème: la préparation d'un matériel pédagogique d'appoint, une collaboration plus poussée de la part des réseaux de l'Éducation et des Affaires sociales, une sensibilisation aux besoins des victimes, une implication de l'école, une amélioration de la qualité des communications à l'intérieur de l'école et une collaboration de l'école et de la communauté pour aider les élèves à prendre conscience du phénomène de la violence.

Les questions de trafic de la drogue et de la prostitution des mineurs demandent des actions qui impliquent la communauté. De tout façon, devant toutes ces manifestations de délinquance, bien que la chose soit difficile, il s'agit de trouver des moyens efficaces d'éducation qui, à la fois, préviennent ces problèmes et rehaussent la qualité de vie.

Au chapitre des solutions, il faut souligner le fait que le programme de formation personnelle et sociale comporte des objectifs relatifs à la délinquance et qu'il est possible par ce moyen d'exercer une action préventive et d'inculquer des principes de civisme. Un autre moyen plus spécifique a été mis au point par Hétu et Ouellet (1984). Il s'agit de deux guides pédagogiques — l'un pour le deuxième cycle du primaire, l'autre pour le premier cycle du secondaire — proposant des activités de sensibilisation à la délinquance pouvant être réalisées par n'importe quel enseignant grâce à la précision des moyens suggérés. Une autre raison qui contribue à mettre ces guides en relief vient du fait qu'ils ont pris naissance lors de rencontres entres des représentants de la C.E.C.M. et du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal. L'utilisation de ces guides par les enseignants est articulée de sorte que les policiers puissent rencontrer les enseignants sur les lieux de l'école et leur fournir des renseignements destinés à rendre les activités plus concrètes et plus efficaces.

Un autre programme, de nature fort différente, a été conçu et mis en place à l'école secondaire Émile-Nelligan à Montréal. Il s'agit du programme de rééducation de délinquants en milieu scolaire qui peut être considéré comme un programmes s'approchant d'un authentique « projet éducatif ».

Une entente de services entre la C.E.C.M. et la Fondation Boscoville permit que des personnes s'ajoutent au personnel de

l'école pour s'occuper activement des élèves délinquants et pour fournir des services d'information à la population générale de l'école ainsi qu'aux enseignants.

L'évaluation du programme fait ressortir que dans cette école, le moral du personnel fut amené du point zéro à un niveau très élevé comme en témoignent des lettres publiées dans le bulletin syndical local ainsi que la présentation de l'expérience dans deux colloques : l'un sur les écoles ayant élaboré des projets concernant les élèves en difficulté de comportement, l'autre sur la violence fait aux enfants. L'expérience, malheureusement, n'a pu se poursuivre parce que la baisse de la population scolaire amena l'école à fermer ses portes à la fin de la troisième année du projet.

Une dernière initiative sera évoquée ici : celle du Centre Henri-Julien, école secondaire pour élèves en difficulté grave de comportement, située également à Montréal. L'originalité de cette expérience tient au fait que tous les élèves du Centre, s'ils étaient restés dans une école ordinaire, auraient été suspendus de l'école, ou encore auraient abandonné d'eux-mêmes leurs études. Le dossier personnel des élèves montrait que plusieurs d'entre eux avaient commis des actes délictueux quoique non criminels. Comme dans le cas de l'école Émile-Nelligan, deux évaluations furent effectuées par un chercheur indépendant (LeSieur 1982, 1983). L'esprit de ces recherches n'était pas de dire si les gens avaient bien ou mal fait leur travail, mais plutôt de montrer comment le faire mieux. Dans la présentation des résultats, il est apparu clairement que les énoncés positifs l'emportaient en quantité et en qualité sur les énoncés négatifs.

Les enfants en besoin de protection

À cet égard, le rôle de l'école est double. Les enseignants sont en effet bien placés pour dépister et signaler au Directeur de la protection de la jeunesse les enfants dont la sécurité et le développement leur paraît menacé. De fait, dans la région de Montréal, les signalements du milieu scolaire représenteraient environ la moitié de tous les signalements effectués. On peut se demander toutefois si toutes les écoles s'impliquent comme elles le devraient dans ces situations de protection non seulement par des signalements appropriés mais par une participation au travail d'équipes multidisciplinaires dont le mandat est de régler les cas d'élèves en difficulté.

La protection de la jeunesse peut aussi être soutenue à l'intérieur même des programmes d'éducation, entre autres, en sensibilisant

les jeunes aux menaces issues de leur entourage et en leur expliquant des façons de faire face à différentes situations. Le thème de l'exploitation sexuelle, par exemple, est abordé dans le cours de formation personnelle et sociale.

Le suicide des jeunes

En milieu scolaire, une tentative de suicide qui est portée à l'attention des gens sème en général la consternation. L'école est toujours prise au dépourvu devant la situation, car elle n'a pas été préparée à y faire face.

Toutefois, le milieu scolaire peut contribuer à la prévention de ces gestes car élèves et adultes qui le composent représentent des moyens de soutien potentiellement efficaces pour les jeunes en danger de se suicider.

C'est dans ce milieu en effet que les jeunes peuvent trouver assez facilement des appuis sur lesquels compter en cas de détresse: d'autres jeunes ou adultes en qui ils ont confiance et qui sont, en retour, prêts à les aider. Mais pour que ce milieu puisse jouer un rôle utile en la matière, il faut que par des moyens appropriés il ait acquis une information pertinente pour venir en aide aux victimes potentielles.

Pour la promotion de la santé mentale: une école de qualité

Le schéma général d'intervention caractérisant le plus le milieu scolaire, c'est celui des stratégies par problème et celui des stratégies globales.

Le postulat sur lequel repose ces stratégies d'intervention peut être identifié comme étant celui de la recherche d'une école de qualité. Une telle notion peut être envisagée d'une façon très générale, en deçà des conceptions plus ou moins idéologiques que l'on pourrait entretenir sur la mission de l'école. L'école de qualité peut être caractérisée par les dimensions suivantes: l'importance accordée à l'apprentissage, une organisation de l'enseignement qui encourage le personnel à fournir le meilleur de lui-même, une participation responsable des élèves à la vie de l'école, un personnel capable de proposer aux élèves un modèle adulte de conduite, un leadership pédagogique exercé par le directeur de l'école, la participation des parents aux affaires de l'école et des conditions matérielles révélant une école ordonnée, propre et d'apparence agréable. Ces dimensions font l'objet d'un large consensus et ressortent régulièrement

comme l'affirmait Primeau (1984) dans des analyses faites aux États-Unis, en Angleterre et au Canada anglais. Une réflexion récente du Conseil supérieur de l'éducation (1984) sur la recherche de la qualité dans l'école secondaire faisait ressortir quelques-unes de ces dimensions ainsi que certaines conditions pour leur réalisation.

Une façon de synthétiser ces dimensions consiste à parler de la qualité de vie. Cette dernière notion, empruntée au courant écologique, englobe, dans le contexte scolaire, les activités d'enseignement, les activités complémentaires à l'enseignement[1] ainsi que l'environnement social et physique de l'école. Les stratégies par problèmes de même que les stratégies globales visent l'amélioration de la qualité de vie, mais les moyens pour l'atteindre sont différents.

Stratégies par problème

La pratique traditionnelle en milieu scolaire est de développer une intervention spécifique à chaque situation critique identifiée. C'est ainsi qu'à l'intérieur d'une même école, on se trouve souvent en face de plusieurs programmes concurrents portant sur l'absentéisme, l'abandon scolaire, les drogues, etc. Chaque programme comporte ses propres objectifs, ses méthodes particulières et des ressources humaines et financières qui lui sont réservées. Cette façon de fonctionner a démontré son utilité au cours des ans. Elle avait l'avantage d'être claire dans son organisation et facile à surveiller.

Cependant, cette formule de travail, dite de stratégie par problème, n'est pas à l'abri de critiques. En effet, la situation des élèves échappe à cette façon de segmenter la réalité. En regardant les problèmes un à un, on risque de perdre la vue d'ensemble sur la qualité de vie à l'école. Tous sont persuadés de poursuivre cet idéal, mais il manque l'articulation qui, précisément, permet de franchir une étape ultérieure. Dans les faits aussi, les plus démunis sont ceux qui subissent le plus les inconvénients de cette segmentation parce qu'ils sont l'objet de l'action simultanée, mais non coordonnée, d'un nombre variable de programmes. De plus, il est permis de penser que les différentes stratégies par problème, à cause du risque de discordance qui leur est inhérent, génèrent un gaspillage de ressources et une perte d'efficacité. La critique de cette formule d'intervention a été faite à la C.E.C.M. (1984) par le Comité de qualité de vie au secondaire. L'idée paraissant assez claire, il semble inutile d'illustrer cette analyse par des exemples vécus ou factices.

1 Celles-ci sont représentées par les services personnels aux élèves et par les services collectifs.

Stratégies globales

Les stratégies globales représentent, comme le terme l'indique, une façon d'harmoniser ou d'intégrer les différents programmes en une action coordonnée et efficace. Elles sont fondées sur quatre principes discutés en détail dans le rapport cité plus haut. En résumé, il s'agit de répondre à des besoins plutôt que d'intervenir sur des symptômes. On cherche à atteindre une finalité plutôt que de rechercher des causes, on établit un plan d'action général donnant une place à tous les problèmes plutôt que de multiplier des projets qui laisseraient de côté des facteurs susceptibles de nuire à leur réussite, on met enfin l'accent sur la nécessité pour l'école de s'adapter aux élèves plutôt que l'inverse, comme si les problèmes observés étaient nécessairement logés à l'intérieur de l'enfant.

Une telle discussion n'élimine pas la pertinence des formules d'intervention présentées tout au long de ce chapitre. Toutefois, elle amène à considérer l'intervention d'un point de vue nouveau en rendant nécessaire une articulation avec un projet global. Pour fins d'illustrations, on terminera en présentant ici quatre formules considérées comme des stratégies globales.

La première est celle du projet éducatif préconisé par le ministère de l'Éducation dans l'*École québécoise*. Comme il existe une abondante documentation sur le sujet, nous renvoyons le lecteur intéressé à plus de détails aux documents de Pouliot et Brown (1982) ainsi qu'à l'*Ensemble ressources* de Awad, Hottlet et Perras (1983) qui fait une synthèse de l'information sur le sujet et qui présente une bibliographie annotée. La définition proposée par l'*École québécoise* est la suivante: « le projet éducatif constitue une démarche dynamique par laquelle une école, grâce à la volonté concertée des parents, des élèves, de la direction et du personnel, entreprend la mise en œuvre d'un plan général d'action ». D'autres définitions existent mais l'idée de base demeure toujours la mobilisation et la concertation de tous les agents éducateurs. Il est vrai que cette notion a été critiquée lors de la consultation sur le Livre vert mais la critique était de nature idéologique: on exprimait la peur qu'une école différenciée lèse un principe d'égalité des chances entre les milieux ou fasse violence aux convictions religieuses de certains. Cette controverse a été soulevée par le fait que le projet éducatif mettait l'accent sur l'établissement d'un projet fondé sur les valeurs à privilégier. Ceci distingue d'ailleurs cette stratégie globale des suivantes. Une autre différence repose sur le fait que les textes officiels ne fournissent pas d'indications très nettes sur la façon de

mettre en place un projet éducatif, et ce dans le but de voir les initiateurs du projet prendre un maximum de responsabilités.

Une autre stratégie globale consiste à utiliser une technique administrative connue sous le nom de « planification stratégique ». Selon cette technique, on se préoccupe principalement du rôle de l'école et de ses orientations majeures. Essentiellement, il s'agit de faire un examen systématique de la fonction de l'école pour définir ce qu'elle devrait être et ce qui devrait être fait dans l'avenir. On procède à des analyses des besoins du milieu ainsi que de la performance de l'école et de ses services. Une fois la réflexion et les analyses accomplies, on tente de se fixer des orientations exprimant le choix des moyens, les ressources requises et des plans annuels étalés sur environ cinq ans et décrivant les différents secteurs d'activités de l'école. La démarche systématique peut être résumée dans les étapes suivantes : une analyse et une prise de conscience de la situation actuelle, une identification des tendances passées, une analyse des tendances principales actuelles, la projection d'un cadre d'action, la révision du rôle et des fonctions de l'école, et une proposition de priorités.

Une troisième stratégie proposée par Carducci-Geoffrion et Archambault (1984) répond à la problématique suivante : les membres des services personnels aux élèves se retrouvent souvent dans une situation où le personnel de l'école leur dit qu'ils ne répondent pas aux besoins réels de la communauté scolaire ; ce qui veut dire qu'il serait avantageux de disposer d'un outil qui leur permette d'identifier ces besoins et de trouver des solutions qui les situent quant à l'action à faire et qui, du même coup, situent l'école quant aux objectifs à atteindre. La démarche consiste essentiellement à fournir des instruments pour cueillir les données, pour les analyser, pour établir un consensus sur les priorités, pour planifier les actions, implanter les moyens d'intervention, évaluer le processus et préparer le travail de la prochaine année.

La dernière stratégie présentée est celle mise au point par Wener (1984) qui analyse les besoins de l'école en privilégiant un certain nombre d'éléments tels la fréquentation scolaire, la ponctualité, le rendement scolaire, l'autonomie de l'enfant, les habiletés scolaires, les habitudes de travail et l'adaptation aux conventions sociales. Le principe de base de cet instrument repose sur une façon de combler l'écart entre la situation actuelle de l'école et la situation souhaitée.

À bien des égards, les stratégies globales sont assez complexes. Elles exigent, entre autres choses, une participation active du personnel de l'école puisqu'elles leur proposent implicitement un objectif d'excellence à poursuivre. Il est donc nécessaire que l'école puisse bénéficier d'une aide qui ne se résume pas à recevoir une copie de la documentation descriptive de ces stratégies. Il faut une sensibilisation, une formation et une volonté bien claire de la part du directeur de l'école pour implanter, malgré les résistances inévitables, la nouvelle stratégie d'intervention.

D'autres éléments de grande importance pour soutenir et protéger la santé psychique des jeunes

Ce chapitre a été consacré à un examen du réseau des services publics qui ont pour mission principale ou partielle de veiller au développement, au maintien et à la protection de ce qu'on peut d'une façon large rattacher à la santé psychique des jeunes.

Bien que l'ensemble du dispositif examiné soit impressionnant, son impact sur la santé psychique des jeunes n'est pas nécessairement plus important que celui qui résulte d'un ensemble de ressources communautaires plus ou moins formelles dont l'action peut être orientée vers les besoins des jeunes et de leurs parents que ce soit en rapport plus ou moins explicite avec la santé mentale. L'examen de ces ressources n'a pas été fait par le Comité d'une façon systématique qui permettrait d'en présenter un tableau qui soit relativement satisfaisant. C'est l'impossibilité de procéder à cet examen dans le cadre du présent mandat du Comité qui explique cette lacune et non l'importance attribuée à ce secteur. Au contraire, c'est dans ces ressources communautaires variées que se trouve la réponse à un grand nombre de questions soulevées par cet Avis et il en est souvent fait mention tout au cours de cet ouvrage et en particulier au chapitre consacré aux activités et interventions qui illustrent l'approche plus globale de la santé mentale des jeunes souhaitée par le Comité.

Au niveau communautaire, on peut envisager un ensemble de ressources dont le but est d'aider à la solution de problèmes individuels. Nous n'en traiterons pas. Il y a d'autres services ou activités dont l'objectif est de procurer une qualité de vie satisfaisante comme, par exemple, les loisirs.

Les loisirs

On ne peut passer sous silence tout le secteur du loisir lorsqu'il traite de la santé mentale des jeunes et de la prévention. Aujourd'hui, les gens, et plus particulièrement les jeunes, consacrent de plus en plus de temps au loisir, qu'il soit culturel (radio, télévision, cinéma, lecture, musique, théâtre, danse), sportif, social, scientifique, etc.

Il s'agit d'un secteur très développé au Québec. En effet, le nombre de clubs locaux, d'associations, de fédérations est quasi incalculable : organisations sportives, clubs informatiques, scoutisme, troupes de théâtre amateur, pour ne prendre que ces quelques exemples. L'essor dans l'organisation du loisir est un indice certain que ce champ d'activité répond à des besoins réels. On pourrait en dire tout autant du loisir qui n'est pas organisé et qui se pratique sur une base individuelle ou familiale.

Les activités de loisir, lorsqu'elles sont centrées sur les besoins de l'enfant ou de l'adolescent, constituent d'excellentes occasions de socialisation, d'apprentissage, de créativité, de développement de ses talents et de ses habiletés, de découverte de soi, d'augmentation de la confiance en soi et de l'équilibre personnel. Il en va tout autrement lorsque les adultes utilisent l'enfant ou l'adolescent dans des activités de loisir pour réaliser leurs aspirations propres. L'enfant ou l'adolescent devient alors l'instrument de la réussite de l'adulte, qu'il s'agisse d'un parent, d'un éducateur ou d'un animateur de loisir. Il cesse alors d'être enfant et adolescent pour devenir un être unidimensionnel : gymnaste, pianiste, génie, etc. L'activité de loisir devient alors une fin, et tous les moyens sont bons pour atteindre l'excellence. La conséquence pour l'enfant et l'adolescent est l'apparition du stress lié à l'anxiété et à l'insécurité engendrées par les exigences des adultes. Le Comité de la santé mentale du Québec constate cependant que depuis quelques années, des efforts significatifs ont été accomplis pour sensibiliser les parents et les animateurs de loisir au danger que représentent certains abus quant au développement équilibré et harmonieux de l'enfant : il semblerait que certains changements se sont opérés dans les attitudes et il faut espérer que ces efforts de sensibilisation soient maintenus.

Les associations bénévoles

Diverses associations, créées par et pour la communauté, travaillent également à leur façon, à un niveau régional ou national québécois, à promouvoir la santé mentale des jeunes. Certaines représentent des outils puissants pour faire valoir des besoins et

même développer les moyens de les satisfaire. Ces associations regroupent des parents, parfois des jeunes et des professionnels; elles jouent un rôle éducatif important auprès de la population et plusieurs se sont dotées de moyens efficaces pour participer aux divers paliers décisionnels reliés à la planification, à la programmation et à l'organisation des ressources destinées aux jeunes, qu'ils soient ou non en difficulté. Ces groupes sont l'expression de la participation des citoyens aux services qui leur sont destinés. Ils constituent ou doivent constituer une des pierres angulaires du système.

L'appréciation de la situation selon les organismes du milieu

La consultation des organismes et du public faite par le Comité de la santé mentale[1] a révélé un intérêt et une préoccupation marquée de la part des intervenants des différents réseaux de santé, sociaux et de l'éducation de même que des groupes bénévoles et des groupes subventionnés comme les ressources alternatives. Des critiques et des suggestions ont été soumises au Comité de la santé mentale. Bien qu'une synthèse ne permet pas de révéler la richesse des remarques qui nous sont parvenues, elle permet de saisir la perception qu'en ont ceux qui sont intéressés à la problématique de la santé mentale et de sa prévention. Ainsi, on déplore le manque de préoccupation concrète du système politique, considérant qu'une prise de position en faveur d'une politique de prévention en santé mentale, et ce à tous les niveaux, est la pierre angulaire d'une bonne protection de la santé mentale des jeunes du Québec.

La concertation, bien qu'existante, est encore sous-développée et souvent néglige l'implication des jeunes ou des communautés concernées, la participation de la population étant conçue comme le moteur même de toute action préventive efficace. Cette concertation devrait être aussi la base d'une réorientation des services et de la réglementation qui devrait également être établie de façon harmonieuse et en accord avec les différents ministères concernés et les réseaux de santé mentale, et ce en tenant compte des particularités et des volontés régionales. On privilégie une approche globale qui aurait pour cible la petite enfance et la famille.

---

1 Un document de travail du C.S.M.Q., préparé par C. Boutet, « Synthèse d'une consultation sur le développement et la santé mentale des jeunes », rapporte d'une façon élaborée (355 pages) l'essentiel des mémoires ou autres documents soumis au C.S.M.Q. à la suite de l'invitation lancée au public à cet effet.

Les structures actuelles manquent toutefois d'organisation face à des actions de prévention. On souligne à la fois le manque de support aux intervenants et le manque d'intervenants pour rejoindre les diverses clientèles identifiées comme à risques. Il y aurait possibilité de développer de nouvelles structures, telle la formation d'un organisme qui serait voué essentiellement à la prévention de la santé mentale et à la coordination de tous les niveaux d'intervention. D'autres suggèrent une utilisation plus grande des ressources actuelles tout en développant leur approche préventive et en incitant le développement de ressources plus légères. Ces ressources incluent divers types de regroupement au niveau de la communauté.

Le dynamisme manifesté par les différents intervenants est souvent restreint par une formation inadéquate face à l'intervention préventive et l'implication de la communauté. Il y aurait lieu qu'une formation plus appropriée soit dispensée au niveau universitaire de même qu'une formation continue pour les gens en place. Une plus grande information chez les jeunes et les parents sur divers sujets, tels la sexualité, l'éducation, etc., apparaît aussi comme essentielle à une approche préventive en santé mentale. L'implantation des programmes reliés à la santé mentale s'avère difficile et pourrait, entre autres, être facilitée par une meilleure formation sur les différentes techniques d'implantation.

On déplore maintes fois le manque flagrant de données scientifiques sur l'état de la santé mentale, la nature et l'efficacité des interventions à effectuer.

De manière synthétique, les informations reçues et l'observation nous révèlent deux tendances. D'un côté, les soins de santé et sociaux de nature curative englobent presque la plus grosse part de l'argent et des énergies. Les intervenants se sentent insécures par manque de formation pour intervenir de façon globale et non sectorielle en santé mentale, en particulier lorsqu'il y aurait intérêt à élargir les interventions de l'individu à sa famille immédiate ou à un environnement plus large. De plus, il existe une perception beaucoup plus intuitive que scientifique de la nature des problèmes et, lorsqu'une intervention est faite, des résultats obtenus.

Les structures actuelles ne favorisent pas non plus une approche intégrée et continue qui pourrait permettre de réaliser des programmes coordonnés en santé mentale. D'un autre côté, ce sont très souvent les professionnels qui passent outre ces structures et qui établissent les liens permettant la mise en place de services continus ou de projets. Ils répondent ainsi aux problèmes de la disconti-

nuité des interventions et des lacunes importantes dans la nature et la pertinence des services selon l'évolution ou l'importance des problèmes rencontrés. C'est aussi ce que réalisent les nombreux organismes à but non lucratif et les associations diverses par les programmes et les services qu'ils dispensent. Ils ont une part importante à jouer dans la diversité et l'adaptation de ces services aux besoins d'aujourd'hui. Ils stimulent le réseau officiel par leur grande flexibilité et leur vitalité.

6. Considérations générales pour une approche préventive de la santé mentale des jeunes

La place de la prévention dans l'approche de la santé mentale

L'expression « prévention en santé mentale » suscite différentes images tant à partir du concept de prévention que de celui de santé mentale. Nous avons déjà souligné les difficultés de définir la santé mentale tout en mentionnant les facteurs importants qui permettent ou non le développement d'une bonne santé mentale chez les enfants. Afin de mieux comprendre comment peut se réaliser l'objectif de prévention en santé mentale, il serait bon de rappeler certains concepts de prévention et, en particulier, l'évolution récente de leur compréhension.

Définition de la prévention

La *prévention primaire* vise à réduire l'incidence de nouveaux problèmes, c'est-à-dire à empêcher des problèmes de santé mentale d'apparaître. La *prévention secondaire* quant à elle a pour objectif de diminuer la prévalence des problèmes par un *dépistage précoce*, avant que les ravages ne soient survenus, et par la *thérapie*, c'est-à-dire par le traitement d'un problème ou d'une pathologie afin d'éviter qu'il ne progresse. Le dernier niveau de prévention concerne la *prévention tertiaire* qui cherche à amoindrir les effets ou les séquelles d'un problème ou d'une pathologie. Certains auteurs préconisent plutôt l'utilisation des termes prévention, traitement et réadaptation. La première version est celle la plus couramment utilisée au Québec ; quoique pour plusieurs, prévention est synonyme de promotion, éducation et dépistage, ce dernier étant un élément de la prévention secondaire.

Les préoccupations de la prévention

Le Conseil des affaires sociales et de la famille, dans son rapport *Objectif: santé* (1984), mentionne que « la dimension collective des problèmes de santé apparaît de plus en plus claire ». Ici, l'approche préventive vise à la fois deux pôles : l'individu et son environnement, ce dernier pouvant être immédiat ou impliquer des facteurs socio-

économiques se situant davantage au niveau d'un système macroscopique. L'approche écologique a un impact important dans cette dernière perception des niveaux d'action en prévention.

« Dans cette optique, les deux objectifs d'une prévention élargie deviennent ainsi : a) essayer de réduire non seulement les risques physiques, biologiques et chimiques, mais également les risques provenant de l'environnement social et économique ; b) encourager et renforcer le support social et les autres facteurs de l'environnement qui constituent une protection pour l'individu » (C.A.S.F., 1984).

À cette nouvelle orientation de la prévention s'ajoute une philosophie qui sous-tend à l'heure actuelle l'approche sinon le discours tant gouvernemental que celui des intervenants sociaux et de la santé au Québec. Elle prêche le développement de l'autonomie des individus et des communautés pour leur redonner leur responsabilité dans le domaine de la santé. « Si on ne peut tenir l'individu pour coupable de toutes les atteintes à sa santé, tous les efforts devraient être entrepris pour augmenter son pouvoir de décision sur les différents aspects de sa vie et notamment sur sa santé » (C.A.S.F., 1984). Cowen (1984), à l'instar de Albee (1984), mentionne que les objectifs fondamentaux de la prévention primaire devraient être basés sur le sens de la justice, du pouvoir (empowerment) d'agir de même que « the provision of life opportunities ». Cette capacité de décision et de contrôle exige cependant un niveau d'information suffisant pour se réaliser.

L'action de la prévention

Considérant que la prévention peut se faire à différents niveaux d'intervenants, qu'elle vise à la fois à agir sur l'individu en augmentant ses compétences personnelles et sociales et à agir sur son environnement et les différents systèmes qui le composent, sachant que cette action, pour mieux se réaliser, a davantage à tenir compte de la communauté (environnement) dans son sens étroit (famille) ou large, il devient alors nécessaire de préciser de façon plus spécifique les *problèmes visés*, leurs *causes sous-jacentes* et le *niveau d'action le plus susceptible d'améliorer la situation* en se basant sur les connaissances acquises afin d'identifier les *objectifs d'un programme*, les *méthodes* qui seront utilisées et son *évaluation*.

Au niveau de la *prévention primaire* dont il sera davantage question, on peut considérer *deux approches* complémentaires mais différentes, la première étant la *promotion* qui s'adresse à une

population normale et qui vise surtout à augmenter les compétences de l'individu ou de son milieu. Dans cette catégorie peuvent entrer des exemples tels le programme Passe-Partout, le counselling fait sur le développement normal de l'enfant aux parents, l'éducation des adolescents sur le développement normal de l'enfant, sur les drogues, etc., les centres communautaires et de loisirs, une architecture aérée évitant les ghettos. Ces exemples de mesures ayant un impact positif sur la santé mentale peuvent s'adresser à des individus, des groupes ou des communautés et ainsi renforcer la compétence de ces milieux ou individus ou diminuer le stress auquel ils sont soumis. Toutefois, un grand besoin de recherche est ressenti pour valider ces approches.

La prévention primaire s'adressant à des *populations dites à risques* est la deuxième grande approche. Il existe plus de projets évalués dans cette catégorie que dans la précédente. L'élaboration de programmes qui soient pertinents et efficaces ne s'est pas encore faite cependant sur une vaste échelle. Soulé et Noël (1983) en illustrent un certain nombre réalisés à Paris. Tout comme pour la santé physique, il n'existe pas une recette pour assurer une bonne santé mentale ni une seule façon de répondre aux problèmes et aider à trouver des solutions. Ainsi, il faut considérer *la nature du risque*. Un risque *biologique*, comme celui d'un enfant né handicapé à la suite d'un problème génétique ou d'un problème à l'accouchement est un risque parce qu'il rend l'individu plus vulnérable au stress de la croissance, de la socialisation et de l'apprentissage scolaire, et peut surcharger sa famille. Il est donc plus rentable d'agir avant la naissance (ex.: le dépistage systématique de maladies héréditaires, l'amélioration du processus de la grossesse et de l'accouchement). Mais, pour les enfants nés avec ce problème, le risque demeure et les interventions devront tenir compte à la fois de l'enfant, de sa famille, de sa communauté, des services qui lui sont disponibles, etc.

Par contre, les risques reliés à des *facteurs socio-économiques* et culturels sont ceux qui préoccupent davantage parce que plus difficiles à identifier et à quantifier, en particulier si on y ajoute le concept de vulnérabilité et d'invulnérabilité et celui de cumul de stress. On peut mettre dans cette catégorie par exemple les risques de négligence et d'abus des enfants de familles souffrant d'isolation sociale. Souvent, seule une approche vis-à-vis de la communauté pourra arriver à apporter des solutions durables pour les individus.

Un autre élément à retenir est celui de la *population visée*. Ainsi, l'âge est un facteur important à considérer puisque les besoins à

combler diffèrent, la manifestation des problèmes varie de même que le milieu d'intervention. Ce dernier peut être pour le jeune enfant, la famille elle-même dans son quartier, la communauté où elle vit, ou encore avec des parents ou d'autres familles ayant des problèmes similaires à résoudre. D'un autre côté, chez l'adolescent, le milieu scolaire prend une importance plus grande, de même que le groupe de pairs, comme le souligne la section sur le système d'éducation.

Outre la nature du risque et les populations visées, les *problèmes spécifiques* ou *les circonstances* doivent être appréciés. Mentionnons par exemple les problèmes d'apprentissage chez le jeune enfant du primaire, des situations stressantes tels le divorce, l'hospitalisation, la grossesse chez les adolescentes, le développement de relations harmonieuses mère-enfant dans les premiers mois de la naissance dans les familles monoparentales, et ainsi de suite.

La prévention au niveau secondaire se définit davantage par rapport au dépistage, au traitement et à un suivi qui permettent une réadaptation ou une réinsertion normale. La mise en place de ce type de services exige le plus souvent une très grande concertation entre les intervenants de première ligne et ceux des services spécialisés tant au niveau social que de la santé. L'approche globale qui considère l'enfant et sa famille dans leur environnement a sa place au moment de l'identification du traitement ou du suivi pour le maintien des acquis.

Quant à la prévention tertiaire qui vise une réadaptation des individus ayant présenté des problèmes sévères handicapant leur réinsertion sociale ou le développement de leur autonomie, elle est, comme la prévention secondaire, intimement reliée à l'ensemble d'un réseau qui intègre la totalité des éléments déjà mentionnés comme influençant la santé mentale.

Le concept de la prévention, en particulier lorsqu'on parle de prévention secondaire et tertiaire, exige ici une modification d'attitudes déjà amorcée par les préoccupations d'humanisation de soins et d'approche globale et demande que les intervenants soient disposés à impliquer d'autres types de professionnels ou d'autres organismes dans un esprit de continuité de soins, de travail multidisciplinaire et d'approche d'équipe dans une communauté.

Pour favoriser le développement de l'approche préventive : quelques considérations

Il est certaines qualités ou conditions dont la présence est pratiquement un prérequis à l'approche préventive aux divers niveaux où elle s'élabore et s'actualise ; à plusieurs reprises, au cœur de cet ouvrage, elles sont énoncées ou sous-entendues. La brièveté avec laquelle elles sont ici considérées n'a aucun rapport avec leur véritable importance.

L'approche préventive

1. repose sur la capacité d'envisager des situations et questions dans une perspective d'ensemble. Elle suppose qu'on soit conscient des différentes dimensions d'une question et de la multiplicité et de la diversité des facteurs qui sont en cause pour l'expliquer ;
2. dans une perspective communautaire, elle implique d'agir en concertation pour
   — identifier et évaluer les situations,
   — apprécier les facteurs qui les expliquent,
   — déterminer les actions qu'elles nécessitent,
   — mettre en place et poursuivre ces actions,
   — vérifier leur efficacité ;
3. elle exige de ceux qui s'y engagent une attitude mature capable d'accepter et d'intégrer des points de vue variés et différents, une attitude permettant la continuité des engagements malgré les compromis nécessaires à l'établissement de consensus de base ;
4. chez les responsables de services et les intervenants, elle requiert une véritable capacité d'accepter que les populations et les communautés puissent être les mieux placées pour assumer la responsabilité de ce qui contribue à leur santé mentale. De la part des services et des professionnels, ceci implique l'examen et le développement de rôles nouveaux ;
5. elle nécessite pour la cause de la prévention autant que pour les autres causes jugées valables et importantes des engagements caractérisés par la persévérance et la continuité dans les actions poursuivies, par la créativité dans la recherche des moyens et par l'adaptation réaliste dans la poursuite des objectifs ;
6. elle ne peut s'accomplir sans l'investissement des efforts voulus de diverse nature. Là où les risques sont élevés, les efforts

requis pour en prévenir les effets devront souvent être nombreux, importants, soutenus, bien coordonnés et se continuer sur de longues périodes de temps;

7. elle a le plus de chances de s'avérer utile quand elle oriente ses actions vers la création d'états positifs capables de s'autoperpétuer.

7. Des réalisations et des pistes vers une approche plus globale de la santé mentale des jeunes Québécois

Les descriptions de clientèles et d'organisation de services mis à la disposition des jeunes Québécois que l'on retrouve au chapitre 5 de cet Avis, si elles permettent une vue à vol d'oiseau de certains besoins et du genre de moyens employés pour y répondre, ne traduisent qu'un aspect bien lointain de la situation que le C.S.M.Q. a entrevue lors de ses consultations.

Dans bien des milieux, on a fait part d'une augmentation du nombre de problèmes graves de santé mentale des jeunes, de la lourdeur des cas à porter et de la difficulté de trouver les moyens pour y remédier de façon satisfaisante. Bien qu'il s'agisse là d'une question sérieuse qui nécessiterait des interrogations sur l'orientation à donner à certaines des ressources thérapeutiques existantes de notre système de services, elle n'a pas fait l'objet des études et considérations poussées du C.S.M.Q. On a plutôt tenté de saisir davantage les actions de ceux qui, œuvrant dans des milieux divers, font preuve d'une compréhension élargie des problèmes et innovent de façon créatrice pour les solutionner dans un esprit de concertation parfois remarquablement efficace même si, souvent, difficile à mettre en œuvre.

Ce chapitre comporte deux parties. La première, tirée d'une revue de la littérature scientifique, présente un certain nombre de programmes de prévention primaire en santé mentale dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée. Dans une deuxième partie seront mis en lumière des activités et des programmes québécois pouvant être identifiés comme de la prévention primaire ou comme illustrant une facette d'une approche plus globale des questions de santé mentale.

Des programmes de prévention dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée

Parmi les nombreux programmes de prévention qui ont été créés, certains sont originaux et novateurs. Ceux qui sont présentés ici ont en plus l'avantage d'avoir tous été évalués, et ils ont montré leur efficacité sur le plan statistique. De plus, toutes leurs sources de

référence sont postérieures à 1975. Il s'agit de programmes de prévention primaire incluant des projets d'intervention précoce. Enfin, les auteurs ont bien décrit les méthodologies et procédures d'implantation et d'évaluation qui répondent aux critères de la recherche scientifique. Toutes les variables contrôlables ont habituellement été vérifiées et la plupart des études comportent des groupes expérimentaux et de contrôle. Les raisons motivant celles qui n'ont pas de groupe contrôle reposent habituellement sur des questions d'éthique (impossibilité de ne pas offrir de services à une partie de la clientèle; ex.: enfant à risque de subir de mauvais traitements). C'est parce qu'ils sont des exemples d'efficacité que ces programmes ont été choisis et, pour cette raison, nous nous contenterons d'en présenter l'essentiel sans décrire toutes les procédures expérimentales. Celles-ci peuvent être retrouvées à travers les articles originaux cités en référence.

E.-R. Broussard, 1976

Programme visant à produire chez la mère une perception positive de son nouveau-né dans le but de favoriser une meilleure relation entre les deux.

Le but de ce programme offert à des mères primipares durant la période de post-partum à l'hôpital est d'augmenter leurs habiletés en ce qui a trait aux soins des nouveau-nés et d'améliorer leur propre sentiment de compétence. Les auteurs croient qu'une mère confiante dans ses possibilités est moins anxieuse et perçoit son enfant d'une façon plus positive puisqu'elle a le sentiment de le comprendre et de lui répondre adéquatement. La relation mère-enfant est ainsi établie sur des bases plus satisfaisantes augmentant les possibilités que l'enfant se développe dans un environnement émotif adéquat.

Le programme consiste en trois émissions télévisées visionnées dans une pièce prévue à cette fin à l'hôpital. La première présente neuf femmes primipares et ultipares discutant en présence d'un animateur, trois à six jours après leur accouchement. Elles abordent des sujets tels que leurs sentiments concernant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum de même que leurs sentiments face au nouveau-né et aux changements que celui-ci entraîne dans la famille. La déception, la dépression post-partum, le délai dans l'apparition d'un sentiment maternel et le besoin de la mère pour un support émotif durant les premières semaines sont aussi discutés.

La seconde émission montre les variations normales dans le comportement du nouveau-né et différentes techniques de soins. La troisième émission traite du comportement de l'enfant lorsqu'il a faim, ses cris, la régurgitation, etc. Les mères sont aussi encouragées à avoir confiance en elles.

L'évaluation du programme faite deux jours, puis un mois après l'accouchement cerne la perception qu'a la mère de certains comportements de son enfant (pleurs, faim, sommeil, etc.) par rapport à la perception qu'elle peut avoir des autres enfants. Les résultats montrent que les mères ayant assisté au visionnement perçoivent leur enfant comme supérieur à la moyenne plus souvent que les mères n'y ayant pas assisté. Elles continuent aussi de le faire un mois après. C'est cette perception qui influence le développement émotif des enfants. En effet, l'évaluation de 120 d'entre eux à l'âge de 4½ ans a montré que ceux qui étaient perçus supérieurs par leur mère un mois après la naissance présentaient de façon significative moins de troubles psychologiques que les autres. Le programme, en augmentant le sentiment de compétence de la mère, améliore la perception qu'elle a de son enfant et influence ainsi son développement ultérieur.

O'Connor, S., Vietze, P.M., Sherrod, K.B., Sandler, H.M. et Altemeler W.A., 1980

Programme ayant pour but d'améliorer l'habileté parentale de la mère et la relation mère-enfant, afin d'intervenir plus spécifiquement au niveau des pratiques d'abus et de négligence envers les enfants.

Le but de cette étude était d'établir si la cohabitation de la mère et de l'enfant à l'hôpital durant la période post-partum pouvait influencer le rôle parental. Hypothétiquement, on voulait vérifier si un contact prolongé entre la mère et l'enfant pouvait favoriser l'établissement d'un lieu mutuellement renforçant puisqu'il permettait à la mère et à l'enfant d'adapter assez tôt leurs différents comportements. On cherchait ainsi à prévenir l'inefficacité parentale et l'apparition du cycle de l'enfant maltraité.

Plusieurs mères (143) de milieu socio-économique faible ont pu bénéficier du programme. Leur enfant a été installé dans leur chambre dès l'âge de 7 à 21 heures pour une période allant jusqu'à 8 heures par jour. Ces mères avaient aussi la possibilité de recevoir en tout temps la visite du père de l'enfant ou de sa grand-mère maternelle. En moyenne, les enfants inscrits au programme avaient vu leur mère durant 11 heures, 44 minutes pour les 48 premières

heures après leur naissance. Les mères non inscrites au programme n'avaient vu leur enfant en moyenne que 2 heures, 15 minutes pour la même période et le père était restreint à l'horaire de visite régulier, soit 2 heures par jour.

Dix sept mois après la naissance, l'évaluation du programme a montré que les enfants qui en avaient bénéficié avaient subi de façon significative moins de mauvais traitements et parmi ceux qui en avaient subis, aucun n'avait dû être séparé de sa famille. Les auteurs concluent que la cohabitation améliore la relation mère-enfant et diminue ainsi le taux d'apparition de comportements inadéquats de la part de la mère. Ils soulignent toutefois la possibilité que la présence plus assidue du père à l'hôpital puisse influencer ces comportements en resserrant les liens familiaux.

Cappleman, M.W., Thompson R.J., De Remer — Sullivan, P.A., King, A.A., Sturm, J.M., 1982

Programme visant le développement d'enfants de mères adolescentes au statut socio-économique faible, et plus particulièrement l'établissement d'une relation positive entre eux.

Les enfants de mères adolescentes de faible statut socio-économique sont à double risque ; d'abord par leur condition socio-économique, mais aussi par l'interaction de ce facteur avec les risques que comporte une naissance chez une mère très jeune. En plus des problèmes reliés à la prématurité et au faible poids à la naissance, on remarque des difficultés au niveau du développement intellectuel et neurologique. Plus tard, ces enfants auront plus de difficultés académiques particulièrement au niveau de la lecture.

Ce programme, en établissant une relation mère-enfant positive et constructive pour le développement de l'enfant, cherche à faciliter le développement de l'enfant. Il a été offert à de jeunes mères adolescentes noires de faible milieu socio-économique. L'intervention consiste en visites mensuelles échelonnées sur une période de deux ans par une infirmière clinicienne. Celle-ci travaille avec la mère à des activités d'apprentissage visant à favoriser le développement physique, social, moteur, perceptuel, cognitif et linguistique. Il s'agit du « Carolina Infant Curriculum », où buts et utilités des activités sont clairement expliqués à la mère afin qu'elle puisse les intégrer et les répéter une fois seule. Des consultations sont aussi offertes à la mère pour l'aider au plan personnel et on lui enseigne diverses techniques pour les soins à l'enfant.

L'évaluation du programme montre une différence significative en faveur du groupe expérimental au niveau du développement

global de l'enfant à un an et au niveau du développement intellectuel à deux ans. Ce programme a donc été efficace avec les enfants à risque au niveau biomédical et environnemental. Il est possible, disent aussi les auteurs, que le programme prévienne un déclin au point de vue intellectuel qui survient souvent faute de stimulation chez les enfants de milieu socio-économique faible au moment de l'apparition du langage.

Morris, A.G., London, R., Click, J., 1976

Programme éducationnel adressé aux mères afin de favoriser le développement cognitif d'enfants de milieu économique pauvre et éviter le déclin des performances académiques.

La mère est la personne la mieux placée pour enseigner à son enfant les habiletés qui l'aideront à s'épanouir. Certaines mères, par contre, non seulement ne savent pas quoi ou comment enseigner mais ne comprennent ni l'importance du jeu ni celle de leur rôle auprès de leur enfant. Ce programme cherche donc à conscientiser la mère et à lui fournir les outils nécessaires pour qu'elle aide son enfant à développer des habiletés perceptuelles, de langage et de résolution de problèmes.

L'intervention s'est faite auprès d'enfants de deux et trois ans issus de milieu économique pauvre. Les mères devaient travailler avec leur enfant à la maison pour des sessions quotidiennes de 15 à 20 minutes en utilisant du matériel et des activités fournis par le programme; elles n'avaient aucune décision à prendre, tout était dicté clairement. Cette dernière caractéristique du programme avait pour but d'augmenter chez la mère le sentiment de contrôle sur l'éducation de son enfant puisqu'elle ne pouvait pas se tromper dans ce qu'elle enseignait.

Deux fois par mois, les mères se rendaient à un Centre où un enseignement individuel leur était donné (jeux de rôle mère-enfant avec l'enseignant et renforcement) pendant que leur enfant fréquentait une aire de jeux. Par la suite, les observateurs pouvaient voir la mère et l'enfant jouer et commenter leurs activités.

À la fin du programme, les mères ont rapporté que leur enfant écoutait mieux et portait plus attention à ce qu'il faisait. Les auteurs, pour leur part, ont observé plutôt un changement dans la perception qu'a le parent de son enfant. Les mères comprennent mieux l'utilité d'activités pouvant modifier le comportement de leur enfant. Elles saisissent aussi mieux leur rôle comme agent éducatif. Au niveau de tests, les auteurs rapportent un gain significatif au niveau du quotient intellectuel des enfants ayant participé au programme.

Armstrong, D.A., 1981

Programme visant principalement à réduire les cas d'abus et de négligence d'enfants dans les familles. Le programme cherche également à réduire le stress, à améliorer les relations parent-enfant et à prévenir la détérioration mentale du jeune enfant.

Ce programme de prévention est véritablement un programme d'intervention globale offert aux familles dont les enfants sont à risque d'abus ou de négligence. Il tente d'en réduire le taux d'incidence en diminuant le stress ou la pression vécus par la famille, en améliorant les relations parents-enfants et en prévenant la détérioration du développement mental des enfants.

Le risque chez les familles référées par différentes sources locales est évalué par une série de tests déterminant le nombre de stress psychosociaux dont, notamment, l'isolement, les comportements dysfonctionnels, le revenu sous le seuil de la pauvreté, le manque d'habiletés pour faire face aux difficultés, la famille monoparentale, la dépression, la présence d'un parent abuseur et la présence d'un enfant handicapé. Ce programme a été offert à 46 familles et leurs 74 enfants âgés de 4½ ans et moins. Ceux-ci vivaient en moyenne sept stress psychosociaux.

Le programme se divise en trois parties, soit des interventions à domicile, la participation à une école de parents et la formation de groupes d'appui par des personnes du voisinage.

Le programme débute par les interventions à domicile qui sont des visites hebdomadaires d'un travailleur social ou d'un conseiller pour une durée d'environ dix mois. Durant ces visites, un travail de consultation, de support et d'aide est apporté en réponse à des besoins spécifiques tels que les problèmes médicaux, nutritionnels, financiers et de logement. Le travailleur fixe avec la famille différents buts à atteindre afin de diminuer les comportements dysfonctionnels, d'améliorer les relations parent-enfant et la compétence parentale. L'intervention à domicile se termine lorsque des progrès substantiels concernant les buts fixés sont atteints.

La seconde phase est l'école pour la famille où celle-ci se rend deux fois par semaine durant 14 semaines. Un groupe de vingt parents avec leurs enfants est constitué. Les enfants participent à des activités spécifiques selon que leur développement se fait normalement ou accuse un retard. Dans le premier cas, les enfants participent à des groupes de communication, de soins personnels de motricité et d'entraînement à la résolution de problèmes. Dans le second cas, lorsque les enfants présentent un retard de développement, ils sont inscrits à des plans d'éducation individuels.

Pour les parents, il s'agit de créer et de maintenir un système de support de même qu'à améliorer les compétences parentales (techniques parentales, formation d'attentes réalistes, information concernant les soins aux enfants, etc.).

La troisième phase est la création de groupes de parents ayant participé à l'école de la famille. Ces groupes se réunissent une fois par mois dans une maison de parents et visent essentiellement le support et la formation d'un réseau stable et autonome. Une personne-ressource les appuie durant un an avant de se retirer.

L'évaluation du programme a été faite par l'indice de stress psychosociaux, par des mesures objectives et subjectives de l'interaction parent-enfant, de l'atteinte des buts établis et du développement des enfants. Les résultats montrent une amélioration à tous les niveaux. Les auteurs notent que plus la participation au programme est longue, plus les chances de succès augmentent. Les familles ayant participé aux trois phases (24/46) obtiennent aussi de meilleurs résultats.

Wolfer, J.A., Visintainer, M.A., 1975

Programme qui cherche principalement à atténuer ou supprimer le stress et l'anxiété vécus par les enfants hospitalisés pour une opération. Il vise également à améliorer leur coopération à l'hôpital et leur adaptation à la sortie de cet établissement.

La peur de l'inconnu constitue indubitablement une source de stress. En ce sens, une hospitalisation et l'appréhension d'une intervention chirurgicale peuvent représenter pour un enfant un monde inconnu, ce que ce programme de prévention cherche à corriger. Il a été offert à des enfants de 3 à 14 ans, sans maladie chronique ou condition médicale ou psychologique requérant des soins particuliers. Tous étaient admis pour un même type d'intervention et n'avaient pas d'expérience antérieure d'hospitalisation. Le but du programme était de diminuer ou supprimer le stress en offrant à l'enfant et à sa famille une préparation psychologique adéquate et un support constant tout au long de l'hospitalisation.

La préparation psychologique a été donnée en six séances, à des moments sélectionnés durant l'hospitalisation, moments qui pouvaient constituer une source de stress (admission, prise de médicaments préopératoires, transport à la salle d'opération, etc.). À ces moments, une infirmière (toujours la même) donnait à l'enfant différentes informations adaptées à son stage de développement concernant le déroulement des opérations et la place de l'enfant à

l'intérieur du processus (expériences sensorielles, rôle et attentes). Elle permettait aussi à l'enfant de questionner, d'exprimer ses sentiments et de ventiler ses émotions.

Le support était constant tout au long de l'hospitalisation et dispensé par la présence assidue et la grande disponibilité d'une infirmière. Les parents recevaient aussi du support et de l'information, et une disponibilité plus grande du personnel hospitalier leur permettait d'explorer, d'exprimer et de clarifier la gamme de sentiments qu'ils pouvaient vivre.

Les résultats de l'évaluation du programme montrent une diminution de l'anxiété chez l'enfant et une amélioration de sa collaboration tout au long du processus (coopération pour examens, prise de médicaments, etc.). On remarque aussi chez les enfants qui ont bénéficié du programme une meilleure récupération et adaptation à la sortie de l'hôpital. Les résultats sont aussi positifs chez les parents qui se sont montrés moins anxieux et plus satisfaits des soins et de l'information reçus. Les auteurs croient qu'une préparation psychologique adéquate à la chirurgie et le support ont permis de réduire le stress parce qu'ils augmentent chez les parents et l'enfant l'impression de contrôler un environnement qui autrement les dépasserait.

Rickel, A.V., Smith, R.L., Sharp, K.C., 1979

Programme d'intervention précoce auprès d'enfants souffrant de mésadaptation scolaire.

Le but de ce programme est de fournir une intervention précoce aux enfants à risque de mésadaptation scolaire. Il a été offert à 32 enfants dépistés parmi une population d'enfants de race noire et de familles à faible revenu, quatre à cinq semaines avant le début de l'année scolaire. L'intervention s'est échelonnée sur une période de huit mois à l'intérieur de l'année scolaire. L'originalité de ce programme est que le dépistage se fait avant le début de l'année scolaire et non pas au cours de celle-ci; en ce sens, l'intervention peut être qualifiée de précoce parce qu'elle cherche à prévenir l'engrenage de problèmes multiples provoqués par la mésadaptation scolaire. L'intervention a été faite par douze étudiants universitaires complétant leur baccalauréat en psychologie et supervisés par les auteurs. Ils ont été choisis pour leur intérêt dans le programme mais aussi pour leurs qualités de personnes chaleureuses. Ils ont rencontré les enfants au moins deux fois par semaine pour des sessions de 15 minutes. Toutes les sessions étaient préparées d'avance et fournissaient des activités étroitement adaptées à chaque enfant. De plus,

des consultants observaient le comportement des enfants en classe et discutaient avec les professeurs de la façon de remédier aux problèmes. Professeurs et intervenants étaient rencontrés régulièrement par des consultants afin de faire part de leurs observations et mettre à jour les prescriptions des enfants. Des techniques behaviorales de modification du comportement ont été utilisées pour les enfants présentant des comportements d'agressivité ou de timidité excessive. Le point à retenir de ce programme est le suivi étroit dont ont bénéficié les enfants; toutes les activités de sessions étaient spécifiquement prescrites et adaptées.

Les résultats de l'évaluation montrent une meilleure adaptation scolaire des enfants notamment au niveau des comportements d'agressivité et de timidité mais aucun au niveau des acquisitions académiques. L'évaluation d'un autre groupe d'enfants par les mêmes auteurs montre que les comportements adaptés des enfants ayant bénéficié d'un programme similaire se maintiennent deux ans après l'intervention. On croit que le dépistage précoce et l'intervention adaptée avant que ne s'enclenchent les problèmes peuvent être vraiment bénéfiques.

Furman, W., Rahe, D.F., Hartup, W.W., 1979

Programme visant à augmenter les interactions sociales d'enfants isolés, retirés.

Les objectifs de ce programme sont de deux ordres: d'abord il cherche à comprendre l'effet sur le développement des compétences sociales des jeunes enfants, d'interactions avec d'autres enfants d'âge identique ou différent; ensuite il vise à concevoir un modèle d'intervention qui serait applicable aux enfants socialement isolés ou retirés afin de faciliter leur réhabilitation.

Le programme a été offert à 24 enfants isolés, c'est-à-dire qui entraient très peu en relation avec les autres enfants bien qu'ils en aient eu la possibilité puisqu'ils fréquentaient tous un centre de jour depuis au moins trois semaines. L'âge moyen de ces enfants était de 4,7 ans. Les auteurs ont supposé qu'un contact de personne à personne entre un enfant non isolé et un autre isolé permettrait à ce dernier d'expérimenter plus facilement des contacts sociaux qui entraîneraient un comportement plus social en classe, c'est-à-dire en groupe.

Ils ont donc jumelé chaque enfant isolé à un autre non isolé et ont permis à chaque paire de vivre, durant 4 à 6 semaines, seule dans une pièce, dix sessions de jeux d'environ 20 minutes. Des

jouets favorisant le contact social leur étaient fournis. Une particularité du programme est que certains enfants étaient jumelés à des jeunes du même âge qu'eux alors que d'autres l'étaient avec des enfants beaucoup plus jeunes. Dans ce dernier cas, les enfants isolés possédaient une plus grande prise sur les contacts sociaux puisqu'ils avaient ainsi plus la possibilité de diriger les activités sociales.

Les résultats de l'évaluation montrent une très nette amélioration des interactions sociales en classe des enfants jumelés avec des plus jeunes. L'amélioration est beaucoup moins forte chez les enfants réunis avec ceux du même âge quoique, là aussi, on note une augmentation du nombre d'interactions sociales. Les auteurs remarquent que trois heures de contact de personne à personne entre un enfant isolé et un autre non isolé et plus jeune permettent de doubler le nombre d'interactions sociales des enfants isolés et de les amener ainsi au même niveau que les autres enfants de la classe. C'est une intervention simple, peu coûteuse et très efficace.

Fournier, C., Langlois, J.-P., 1983

Programme visant le développement social et affectif d'enfants dans une approche intégrée de développement, de même que les habiletés à communiquer.

Ce « Programme de développement affectif et social » (P.R.O.D.A.S.) (Ball et Palomares, 1976) destiné à des élèves de 5 à 18 ans a pour objectif de favoriser toutes les facettes du développement des jeunes par des activités les impliquant aux plans affectif et social. Deux techniques permettent d'atteindre ces objectifs: le cercle et « l'inner change ». La première, comme son nom l'indique, regroupe les participants en cercle afin de les amener à discuter des différents thèmes concernant la conscience de soi, des autres, les relations interpersonnelles, etc. Le professeur participant a un rôle « d'écouteur » et de « facilitateur ». La seconde technique, « l'inner change », est surtout destinée aux jeunes de 12 à 18 ans; elle utilise aussi le cercle mais intègre en plus des jeux de rôle, des ateliers, des discussions en sous-groupes et en dyades, etc. Elle contient 44 modules d'activités reliées au développement socio-affectif et aux capacités de communication. Le cercle comme « l'inner change » permet aux jeunes d'expérimenter l'écoute des autres, de partager des expériences et de percevoir les autres et aussi de mieux se connaître. Les thèmes et les modules d'activités sont répertoriés dans un guide pratique.

Le programme est donné par des enseignants ayant suivi un entraînement de 30 heures. Ce cours les amènent à réfléchir sur les perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes, des étudiants et des relations qu'ils entretiennent avec ces derniers. Ils apprennent aussi les différentes techniques relatives au cercle et à « l'inner change ».

Le cercle a été expérimenté auprès de 226 élèves du secondaire à raison de 20 minutes par semaine. Les résultats de l'évaluation montrent qu'il a eu un effet positif sur la relation professeur-élève et entraîne la satisfaction de besoins d'affiliation, de chaleur et de proximité.

D'autres expériences du même type montrent que les relations avec les autres sont améliorées de même que certaines qualités intellectuelles, notamment celles concernant les compétences verbales dont le vocabulaire. Les élèves deviennent plus confiants et conscients de leurs compétences et connaissances, ce qui augmente l'estime de soi. Enfin, on remarque une baisse de taux d'absentéisme et les professeurs notent que leurs élèves sont plus détendus, francs et spontanés. Sans changer les qualités de disponibilité, d'écoute et de compréhension de la relation parent-enfant, il semble que les élèves qui ont participé au cercle expérimentent cette relation particulière de façon plus agréable. Ce programme, lorsqu'il est donné par des professeurs entraînés, supervisés et adéquatement équipés, améliore les capacités interrelationnelles des élèves.

Durlak, J.A., 1977

Programme cherchant à venir en aide à des enfants aux prises avec des problèmes d'apprentissage, de timidité et « d'acting out » par l'atteinte de comportements cibles spécifiques.

Ce programme d'intervention précoce a été offert à des élèves de deuxième année (environ 7 ans) dépistés à l'école pour des problèmes de comportement principalement de timidité, d'apprentissage et « d'acting out ». Il a été donné directement dans les écoles par des intervenants non professionnels (professeurs, étudiants universitaires) formés et supervisés par le concepteur. Il a été dispensé à 56 enfants rencontrés en groupes de 5 à 7 élèves par deux moniteurs, une heure par semaine, durant huit semaines.

Le but du programme est d'augmenter la fréquence de comportements adéquats préalablement identifiés et spécifiques à chaque enfant par une technique behaviorale de renforcement positif. Les intervenants ont observé les enfants et rencontré les professeurs afin de détecter les comportements cibles pour chaque élève et de

les définir de façon opérationnelle pour qu'ils soient facilement identifiables. Les enfants timides, par exemple, devaient parler et travailler avec les autres.

L'intervention s'est faite à l'intérieur de chaque groupe. Les intervenants dirigeaient différentes activités de leur choix (art, jeux, histoire à écouter) et renforçaient verbalement (attention et félicitation) et matériellement (jetons permettant d'acheter différentes choses au magasin de l'école) les comportements adéquats prédéterminés. Tous les enfants ont pu recevoir au moins trois jetons durant les deux premières sessions et chacun a reçu en moyenne neuf jetons par semaine.

L'évaluation du programme par un prétest, un post-test et un rappel après sept mois montre un changement positif dans le comportement général des enfants et une amélioration de l'adaptation scolaire qui s'est maintenue au rappel. Le programme a aussi permis l'apprentissage de comportements spécifiques pour chaque enfant. Par sa courte durée et l'utilisation de non-professionnels, le programme est économique. L'auteur croit, sans avoir prouvé ce point spécifiquement, que l'utilisation de techniques behaviorales est à l'origine de ce succès.

Rotheram, M.J., Armstrong, M., Booraem, C., 1982

Programme visant l'assertion sociale d'enfants dans le but que des changements s'ensuivent également au plan académique.

Ce programme a pour but d'offrir des cours d'affirmation de soi à des enfants dépourvus d'habiletés sociales (ayant peu d'interactions avec les pairs ou les professeurs). Il est offert en 12 sessions hebdomadaires de deux heures à des groupes de six élèves de 4e, 5e et 6e années, directement dans les écoles par des intervenants non professionnels (étudiants) entraînés et supervisés. Il cherche à augmenter la compétence sociale des enfants en leur apprenant à coordonner leurs pensées, leurs sentiments et leurs actions à travers une pratique de résolution de problèmes avec les pairs. Il s'agit donc, à la fois, d'un entraînement d'habiletés cognitives et de comportement.

L'intervention comporte une part d'enseignement et une partie pratique. Dans la première, l'intervenant enseigne différentes techniques permettant d'augmenter l'efficacité de la pensée ou de faciliter le vécu et l'agir social. La partie pratique se fait en différentes étapes. L'intervenant présente d'abord une situation problème à laquelle le groupe doit trouver une solution (recherche d'alternatives,

évaluation, décision). Par la suite, le groupe est scindé en « acteurs » et « directeurs » et la solution choisie est jouée par les premiers pour être commentée et évaluée par les seconds. L'accent est mis sur les comportements sociaux observés (assertion, agressivité, passivité, etc.). Tout au long de la session, acteurs et directeurs changent de rôle ; on peut présenter de 2 à 8 problèmes et de 6 à 20 jeux par session.

Le programme offre donc, en plus d'un enseignement didactique, la possibilité de rechercher et d'expérimenter des solutions en groupe. De plus, la grosseur du groupe et la formule choisie amènent chaque enfant à participer.

L'évaluation faite à différentes étapes pendant et après le programme (rappel après un an) montre des résultats intéressants. En effet, les enfants qui ont bénéficié du programme montrent une plus grande assertion sociale quant à la qualité et à la quantité d'alternatives trouvées pour régler un problème et quant à la résolution du problème. On remarque aussi une amélioration de leur comportement général : ils ont plus de succès, de popularité et montrent enfin plus de facilité à entrer en contact avec leur professeur. Au bout d'un an, on note une amélioration au niveau des résultats académiques, ce qui fait croire que les acquis du programme qui intègrent des habiletés cognitives et de comportement sont généralisables à différentes sphères d'activité.

Stolberg, A.L., 1983

Programme visant à réduire l'intensité et la durée des difficultés cognitives et de développement des enfants vivant un divorce, et en prévenir les difficultés par l'amélioration de l'adaptation et la promotion d'habiletés sociales, scolaires, de groupe et individuelles.

Ce programme a été offert à des enfants de 7 à 13 ans afin de prévenir les séquelles du divorce de leurs parents. Il avait pour but d'améliorer leur adaptation et de réduire en temps et en intensité les difficultés cognitives et de comportement qu'ils pouvaient vivre. Bien qu'il cherche à réduire des problèmes « d'acting out », de pauvre conception de soi et d'échec scolaire, il s'agit d'un programme de prévention puisqu'il cherche aussi à promouvoir différentes habiletés sociales et scolaires.

Le programme a été dispensé à 82 mères dont les enfants etaient séparés de leur père depuis une moyenne de 16,7 mois. Trois types d'intervention ont été expérimentés soit :

— un groupe de support pour les enfants à l'école ;

— un groupe de support pour les enfants à l'école et un groupe de support pour les mères ;
— un groupe de support pour les mères.

Le groupe de support à l'école a été donné par deux professionnels de la santé mentale en douze sessions à des groupes de huit enfants. Il cherchait à satisfaire des besoins de comportement et affectifs associés au divorce par des sessions de discussion et d'enseignement. Ces dernières visaient l'apprentissage d'habiletés à résoudre les problèmes, à contrôler la colère, à communiquer et à relaxer.

Des groupes d'une durée de douze sessions aussi offraient du support aux mères en plus de permettre le développement des participantes comme individu et parent.

Les résultats de l'évaluation montrent des gains significatifs pour les enfants du premier groupe seulement, soit celui où seuls les enfants recevaient du support à l'école. On note que les sessions de support auraient permis aux enfants de mieux comprendre le divorce de leurs parents, de définir clairement leur rôle dans le processus et d'améliorer ainsi leur conception d'eux-mêmes. L'enseignement des habiletés permettrait une meilleure adaptation sociale. On explique mal l'échec du groupe où parents et enfants recevaient du support ; il est possible qu'il soit dû à la qualité des attentes des participants. Il reste clair, toutefois, considérant l'échec du groupe où seuls les parents ont reçu du support que les enfants doivent être les premières cibles d'intervention si on veut que celle-ci soit efficace pour eux.

Schinke, S.P., 1982

Programme destiné aux adolescents et adolescentes et qui vise à éviter des grossesses non désirées par le développement d'habiletés interpersonnelles.

Le but de ce programme est de prévenir les grossesses non désirées à l'adolescence en aidant les jeunes à qui il est destiné à acquérir de meilleures habiletés de communication. Les auteurs croient qu'une communication adéquate est à la base d'une relation sexuelle responsable ; elle permet de clarifier les attentes comme de choisir le moment opportun pour une grossesse. Le programme cherche aussi à informer les jeunes des différents aspects de la sexualité. Il a été offert à 72 adolescents et adolescentes de la 2e année du secondaire par deux travailleurs sociaux.

L'intervention se fait à travers 14 rencontres de groupe où les jeunes participent à différentes activités de discussion, d'information,

de prises de décision et de pratique. Par cette dernière activité, ils doivent mettre en application l'apprentissage qu'ils ont fait en se fixant et en réalisant des objectifs (ex.: parler de contraception avec leurs parents). Il s'agit donc d'information mais surtout de mise en application de techniques de communication qui leur permettront, le cas échéant, d'avoir des relations sexuelles consenties et protégées.

Les résultats de l'évaluation montrent que les adolescents et adolescentes qui ont suivi le programme manifestent plus de connaissances précises concernant la reproduction, la contraception et de meilleures habiletés à prendre des décisions. Ils expriment davantage d'affirmation de soi dans leurs habiletés à communiquer. Un rappel au bout de six mois permet de noter que des moyens contraceptifs ont été utilisés dans la plupart des cas où il y a eu des relations sexuelles. Les jeunes montrent aussi plus de fermeté dans leur volonté de remettre une grossesse à plus tard.

Des exemples du milieu québécois

Les activités et les programmes qui suivent sont tirés du milieu québécois. Ils n'illustrent que quelques aspects de l'action préventive ou de cette approche plus globale qui pourrait permettre de mieux développer, protéger et soutenir la santé mentale des jeunes Québécois. Au départ, le choix de ces exemples s'était voulu rationnel et envisageait de représenter de façon aussi équitable que possible les différents champs où l'action qui mériterait d'être illustrée s'exerce. Malheureusement, les échéances déterminées pour la rédaction de cet Avis, des contraintes d'ordre temporel et matériel ainsi que la disponibilité relativement moins facile de certains renseignements ont, entre autres, empêché la présentation d'interventions très valables et originales dont l'existence était connu du C.S.M.Q. et possiblement d'autres dont il n'a pas eu l'occasion de prendre connaissance.

Néanmoins, chacune à sa façon, les activités qui suivent, quelque soit leur dimension, leurs cibles, les stratégies qu'elles utilisent, comportent aux yeux du C.S.M.Q. des qualités qui peuvent servir d'inspiration. Toutes traduisent un dynamisme certain et offrent pour notre milieu des possibilités d'application pratique ou, tout au moins, suggèrent des pistes dont l'exploration serait prometteuse.

Des programmes axés sur le développement de la compétence parentale

Les parents consultent fréquemment divers professionnels à la recherche d'informations, de conseils ou d'aide plus ou moins spécialisée en rapport avec l'éducation de leurs enfants. Les réseaux de l'Éducation et des Affaires sociales leur offrent un nombre relativement important d'activités et de programmes pour répondre à cette demande même si cette réponse paraît loin de satisfaire tous les vrais besoins. En 1981, un inventaire sommaire de ces activités a permis d'identifier, à un moment donné, dans le territoire du D.S.C. de l'hôpital du Haut-Richelieu, 17 programmes différents en cours pour les parents d'une population d'environ 42 000 enfants (0 à 15 ans). Une majorité de programmes s'adressait aux parents de jeunes enfants (9 programmes pour les parents des 0-5 ans). On peut assumer sans qu'il soit besoin de faire une enquête exhaustive qu'on pourrait relever des données analogues probablement dans la plupart des territoires du Québec. On sait aussi que ces programmes destinés à des groupes de parents variés sont établis sur des bases théoriques diverses et utilisent différentes approches. Souvent, ces programmes se situent dans le cadre d'autres programmes et les personnes qui en sont responsables ou les animent n'y consacrent qu'une partie de leurs activités. Cette situation est assez facile à comprendre, elle ne préjuge pas de la qualité de ces programmes mais elle est peu favorable à un suivi à long terme des effets de ces programmes ou à une réflexion approfondie sur leurs objectifs et, possiblement, sur leur remise en cause et leur orientation. Il faut une solide équipe et des conditions particulières pour entretenir une telle réflexion et entreprendre les innovations et expérimentations qu'elle peut entraîner.

Par son service de l'éducation des adultes, la Commission des écoles catholiques de Montréal (C.E.C.M.) a développé un ensemble de programmes dont l'évolution témoigne d'une grande ouverture d'esprit face à l'élargissement des besoins des parents, sollicitant non seulement de l'aide dans leur tâche éducative mais des moyens pour assurer leur affranchissement et leur épanouissement en tant que personnes et membres d'une collectivité.

Les programmes ont commencé en 1967 en utilisant alors l'approche courante jugée la meilleure. Il s'agissait d'organiser pour les parents des rencontres où des spécialistes et professionnels bien préparés partageraient avec eux une information de qualité sur le développement de l'enfant, sur certains de ses besoins, sur la façon de l'éduquer. Cette approche, bien qu'appréciée des parents, ne

parvenait pas cependant à rejoindre les milieux populaires dont les besoins étaient jugés prioritaires. En 1974, un changement d'approche fut opéré : on ne viserait plus à développer surtout les connaissances mais plutôt le processus d'apprentissage des parents en utilisant la formation par les pairs (Peer learning).

Les efforts de cette approche ont été centrés sur un recours aux parents eux-mêmes, dans la mise en exercice de leurs propres ressources. Gauthier (1981) décrit très bien ce que l'approche implique :

> « Il faut insister et insister pour dire que la base même du travail c'est l'acception inconditionnelle de chaque parent pris individuellement, et c'est l'écoute qu'on tente de lui offrir à lui dans chacun des groupes. C'est à partir de cette écoute des parents que nous avons bâti progressivement nos programmes. Au début, nous allions vers les parents pour nous enquérir de leurs besoins de formation, et s'ils le voulaient bien nous tenions une ou deux rencontres de formation avec eux sur des questions reliées à leur relation avec leurs enfants. Puis peu à peu, les parents nous disent qu'il faut des rencontres supplémentaires, et nous portons leur nombre à 5 ou 10. Ce sont les parents qui établissent la durée de leur projet.
>
> Puis, après avoir travaillé leur relation avec leur enfant, les parents nous disent qu'il faut aussi faire un effort pour eux-mêmes et c'est ainsi que peu à peu dans l'année qui suit cette demande, une équipe de parents construit le beau programme « Se reconnaître comme femme ». Semblablement, les parents nous disent aussi, qu'à leur avis, nous n'avons pas assez fait pour les parents de tous les jeunes enfants et c'est ainsi que le programme « Parents d'enfants de 0 à 3 ans » est préparé puis lancé.
>
> Les parents nous soulignent ensuite les difficultés qu'ils ont avec leurs adolescents, d'où le programme « Parents d'adolescents ». Puis, comme une majorité de ces parents sont des femmes et qu'elles nous signalent fortement la nécessité d'impliquer leur homme, mari ou « oncle de l'enfant », nos équipes de parents bâtissent les programmes « Vivre à deux » sur la relation de couple, et le « Père d'aujourd'hui ». De plus, des moyens spécifiques sont élaborés dans un projet nommément appelé « Peer learning » visant à ce que chaque parent participant soit invité à « montrer » ce qu'il apprend à quelqu'un de son entourage.

D'un autre côté, après la fin de nos rencontres, les parents nous disent leur désir de continuer à se voir. Alors progressivement, nous élaborons une réponse à cette demande. Nous mettons sur pied un projet où ayant choisi tels ou tels parents doués pour réunir ou rallier les autres parents, nous constituons des groupes dits de « leaders naturels » aux fins d'assurer, sans nous, la continuité des efforts et des solidarités. Face à ces leaders naturels, véritables nouvelles ressources communautaires, notre rôle c'est d'offrir un appui technique, une formation et surtout une solidarité. Enfin, d'autres travaux sont aussi réalisés qui sont intitulés « Le parent face à la télévision », « Le parent face à la violence » ».

Cette évolution démontre on ne peut mieux comment, dans une situation qui le favorise, le parent peut passer d'un état de dépendance à un état d'autonomie. La réponse à ses questions ne dépend plus des connaissances plus ou moins accessibles des autres, elle peut découler, comme son expérience le lui a démontré, de ses propres efforts et des moyens qu'il a appris à maîtriser. La compétence devient une force, elle permet d'affirmer les particularités de ses propres besoins, de contester l'adéquation des moyens proposés par les institutions pour y répondre, de refuser des remèdes jugés non adaptés, de s'opposer à certains modes d'intervention, où, par exemple, l'interaction professionnel-client est plus basée sur un rapport de dominant-dominé que sur celui de deux partenaires également valables. Il est facile de comprendre l'insécurité qu'un tel changement d'attitude peut créer chez des aidants dont la confiance en soi reposerait sur le besoin de se sentir supérieur à ceux qu'ils aident.

Des parents plus sûrs d'eux-mêmes peuvent devenir plus exigeants envers ceux qui les servent, eux et leurs enfants. La transformation des institutions dans cette perspective doit être envisagée avec autant de soin. Autant il faut d'efforts, de capacité d'écoute et d'adaptation pour aider des parents plus ou moins démunis à devenir assez forts pour se prendre en main avec confiance, autant il faut de soutien éclairé, de la souplesse et de la créativité pour amener professionnels et établissements à devenir assez forts pour transformer certains rôles et attitudes traditionnels.

La maison des parents

L'importance que joue l'environnement physique, social et affectif sur la relation parents-enfants a été démontrée par plusieurs observateurs sociaux. Lorsque les parents entretiennent des relations

amoureuses amicales et sociales satisfaisantes, ils ont plus tendance à entretenir aussi des relations satisfaisantes avec leurs enfants. L'inverse est aussi vrai; on remarque souvent chez les parents vivant des difficultés avec leurs enfants des problèmes d'isolement et d'insatisfaction sociale multiples. Le bien-être des enfants passe à peu près toujours par le bien-être des parents.

Le Carrefour québécois des travailleurs de la famille, organisme bénévole fondé en 1976 pour regrouper les professionnels et bénévoles intéressés par la famille, travaille en ce sens en favorisant des activités de prévention, de support et d'action. La « Maison des parents » créée en septembre 1983 est une de ses réalisations. Située dans le quartier centre-sud de Montréal, la Maison est facile d'accès et ouverte du lundi au vendredi à tous les parents. Son objectif est de regrouper sans prérequis d'accueil des parents intéressés par le partage de leur vécu, de leurs talents et de leurs ressources.

Au plan administratif, la Maison est subventionnée par Centraide, le gouvernement du Québec et des activités d'autofinancement. Il n'y a pas de permanence mais une cinquantaine de parents bénévoles assurent le bon fonctionnement. Les parents sont rejoints à travers les journaux de quartier mais surtout à travers les réseaux sociaux des parents fréquentant la Maison. Certains sont impliqués dans des comités d'école, de loisir, de quartier et permettent ainsi la diffusion de l'information concernant les activités. Des centaines de parents ont ainsi été rejoints.

Les activités sont multiples; on retrouve des ateliers de discussion, des travaux d'équipe, des rencontres de formation, des conférences, etc. Toutes ces activités sont animées par des parents usagers. Ceux-ci se rejoignent habituellement autour d'un café-rencontre et partagent leurs réflexions sur leur vécu. Des thèmes sont alors cernés et des équipes de parents se rallient autour de ceux-ci pour les approfondir puis retransmettre aux autres leur réflexion. Le regroupement se fait par affinité pour le thème et celui-ci a toujours un lien avec le rôle de parent. Ainsi, on retrouve « les parents de tous petits 0-5 ans », « les parents d'adolescents », « la créativité dans le rôle de parent », « le couple et son importance dans le rôle de parent », etc. Les thèmes partent du vécu et des ressources et non des problématiques (ex.: parents abusifs). L'emphase est mise sur la compétence et l'aspect positif de l'individu en tant que ressource pour lui-même et pour les autres.

En plus de la réflexion et de la recherche en vue d'améliorer la qualité de vie, la Maison des parents permet à chacun de vivre des

expériences de partage, d'ouverture à l'autre et d'accueil. Plusieurs parents disent intégrer ces expériences souvent nouvelles à leur vécu quotidien dans leur famille améliorant ainsi leurs relations conjugale et parentale. La plupart de ceux qui fréquentent la Maison en notent les aspects positifs. Plusieurs ont brisé leur isolement et se sentent entourés.

L'intérêt de la Maison des parents est que toutes les activités sont la responsabilité des usagers; ils sont les conférenciers, les formateurs, les ressources et les supporteurs au besoin. Certains parents, en étant impliqués socialement sont des ressources précieuses, se présentent pourtant comme « parents » et tous s'engagent à participer sur un plan égalitaire. Lorsqu'un besoin se fait sentir (ex.: gardiennage lors d'activités), ce sont des parents qui s'organisent pour y répondre. Cette prise en charge, de même que l'emphase mise sur les aspects positifs des individus, valorisent les parents et entraînent une implication toujours plus grande. Le nombre de parents participants est sans cesse croissant et on peut présumer que l'amélioration de leur bien-être a un effet positif sur le bien-être de leurs enfants.

L'Association action-plus Farnham

Des parents démoralisés par la pauvreté, l'isolement, des problèmes familiaux risquent de ne pas être en mesure d'offrir à leurs jeunes enfants les conditions psycho-affectives nécessaires au développement d'une saine personnalité. Il est plus facile d'exercer un rôle parental adéquat quand, comme personne, on éprouve le sentiment qu'on peut exercer un pouvoir sur sa propre destinée. L'approche dont il sera ici question n'a rien de sophistiquée mais elle illustre comment, avec des moyens simples, il est possible d'intervenir auprès de groupes à risque en mobilisant certaines de leurs ressources naturelles.

Un groupe d'intervenants sociaux et communautaires se fixent comme objectifs d'aider des personnes à faible revenu à se regrouper et à prendre en charge leurs problèmes. L'incitatif au regroupement vient d'une expérience agréable. À deux reprises, un voyage de deux jours dans la capitale québécoise est organisé à l'intention chaque fois d'un groupe différent de bénéficiaires de l'aide sociale. L'activité s'inscrit dans le cadre d'un programme offert par le ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche du Québec qui en défraie les coûts. Le voyage est l'occasion pour les bénéficiaires d'établir des liens entre eux et de mieux connaître quelques intervenants du

C.L.S.C. qui les accompagnent. L'expérience heureuse donne le goût d'en vivre d'autres; il y a un intérêt pour se revoir qui conduit à un désir de se regrouper de façon plus formelle pour s'informer, participer à des activités communes, obtenir ou développer des services. Avec le support technique du C.L.S.C., une association à but non lucratif est dûment incorporée. Après trois ans, l'Association compte 67 membres dont 73 pour cent ont des revenus d'aide sociale. Elle a son conseil d'administration et quatre comités actifs: comité de financement, comité d'animation-information qui publie un journal mensuel et organise diverses activités d'information, un comité d'activités sociales pour la planification de loisirs et un comité du jardin d'enfants responsable de l'organisation et de l'animation d'une halte-garderie au service des membres de l'Association. Dans le milieu, l'Association a développé une bonne crédibilité, des ressources municipales ont été mises à sa disposition, ses initiatives s'élargissent, plusieurs de ses membres sont nettement sortis de leur isolement. Les intervenants axent maintenant davantage leur action sur la formation des membres et d'autres formes d'animation pour les aider à se mieux prendre en main.

Le jardin d'enfants de l'Association utilise des locaux du C.L.S.C. Il est né, d'une part, du désir des infirmières de prévention de rejoindre et d'aider les enfants présentant des retards de développement et, d'autre part, d'un désir des parents de pouvoir se libérer pour participer à des réunions de l'Association. En plus de permettre aux parents d'être libérés trois après-midi par mois, le jardin d'enfants poursuit les objectifs de favoriser le développement des enfants par diverses activités spécifiques et un milieu stimulant tout en permettant au gardien habituel de chaque enfant d'acquérir les outils nécessaires pour supporter ce développement. À tour de rôle et en équipe avec les intervenants, les parents participent aux différentes étapes des activités du jardin d'enfants. Cette participation active d'un service qui est le leur est enrichie d'activités éducatives complémentaires axées sur le développement de la compétence parentale.

En deux ans, le jardin d'enfants a impliqué 40 enfants appartenant à 25 familles. Typiquement, les jeunes enfants présentaient des retards de développement affectant le langage, la psychomotricité, des signes de carence affective, éducative ou culturelle, et en plusieurs occasions, des indices de négligence ou de mauvais traitement. Plusieurs des familles étaient monoparentales ou avec un père plutôt absent tant physiquement que psychologiquement. Dans ces circonstances, la mère se sent démunie, incompétente et déprimée; elle manque de ressources éducatives et son réseau de soutien primaire est gravement déficient.

Dans cette approche, une situation est créée pour tenter de répondre, du moins partiellement, aux besoins d'un groupe d'enfants à risque mais cette approche a d'abord tenté de répondre à des besoins fondamentaux de leurs familles d'appartenance. Dépassant l'objectif de simplement combler des manques ou de pallier des carences, l'attitude des intervenants en misant sur la force du regroupement a permis d'ouvrir la possibilité de libérer des capacités amorties par des vécus répétés d'insuccès. En relativement peu de temps, les réalisations de l'Association semblent avoir redonné à plusieurs mères et couples l'espoir que le changement est possible et que, grâce à la solidarité, on peut obtenir par ces moyens des réponses à ses propres besoins. La collaboration des intervenants, favorisée par la participation au fonctionnement de services où on se sentait auparavant étrangers, permet d'ouvrir la voie à un aménagement de ces services pour les rendre plus adéquats. Pour ce qui est des relations parents-enfants, on peut penser comme l'ont démontré d'intéressants progrès chez ces derniers que les nouvelles expériences vécues par ces adultes-parents les ont disposés à mieux percevoir les besoins de leurs enfants et à mieux y répondre.

Chez les intervenants du C.L.S.C., le soutien au développement de cette Association et l'implication à certaines de ses activités ne se sont pas limités à une seule attitude d'ouverture d'esprit. Ils ont nécessité des engagements personnels, beaucoup de flexibilité face à l'exercice des rôles professionnels, l'acceptation pour un temps de faire des choses parfois difficiles parce que nouvelles. Les intervenants ont dû se soutenir mutuellement, réfléchir à leur action, être secondés au besoin par leur administrateur et quelques spécialistes consultants ; l'implication d'un groupe dans la prise en charge de ses propres besoins entraîne auprès des C.L.S.C. des demandes pour des expertises et des outils nouveaux pour essayer par exemple d'identifier et de mesurer les besoins cachés qu'on découvre sous les besoins apparents et le genre de solution qu'ils peuvent appeler.

L'intégration de la dimension santé mentale et qualité de vie dans l'intervention en périnatalité[1]

En 1980, l'Association de santé publique du Québec organisait grâce à une subvention du M.A.S. des colloques dans chacune des régions du Québec sur le thème « Accoucher ou se faire accou-

1 Le texte qui suit a été préparé à partir du compte rendu d'une communication de J. Tétreault et C. Martin intitulée « Rencontres prénatales : moins de coton rose » présentée le 18 mai 1984 lors d'un colloque sur la prévention en santé mentale organisé conjointement par l'hôpital Rivière-des-Prairies et le D.S.C. Maisonneuve-Rosemont.

cher ». À cette occasion, plus de 10 000 femmes et couples ont participé et exprimé leurs attentes en rapport avec l'humanisation des soins entourant la grossesse.

Ainsi, durant la période prénatale, exprimait-on le désir d'une meilleure cohérence dans l'information transmise. On demandait à participer à des rencontres plutôt qu'à des cours afin d'avoir une relation plus égalitaire et de profiter du savoir populaire. On voulait que soit favorisées l'autonomie et la prise en charge, qu'on traite de la réalité de la douleur, de la césarienne, etc. On demandait de parler de la cohabitation, de l'allaitement maternel, de traiter de l'accouchement comme un événement naturel, de se préoccuper du statut socio-économique des femmes, des aspects affectifs de tous ces vécus, de la sexualité et de la prise en charge du corps. En fait, on demandait qu'à l'intérieur des rencontres plus de place soit laissée à la femme et au couple et qu'on accorde plus d'importance à la détente et au conditionnement physique en prévoyant un soutien psychologique dans des situations difficiles.

À la période prénatale, les recommandations des colloques indiquaient des façons d'humaniser les soins par la remise en cause des routines hospitalières, en personnalisant les soins, en permettant la présence d'un accompagnateur quel qu'il soit, en aménageant des chambres de naissance, en favorisant l'allaitement dès l'accouchement et en prévoyant des moments d'intimité entre les parents et avec l'enfant.

En période post-natale, les recommandations visaient le milieu hospitalier et le milieu communautaire. On demandait que soit favorisée la cohabitation en milieu hospitalier jour et nuit, ou sur demande; de permettre l'accès à la famille et d'offrir un soutien adéquat, par exemple, pour les mères qui allaitent; d'offrir un soutien d'équipe multidisciplinaire en milieu communautaire, de faciliter des rencontres de groupe, d'organiser des visites à domicile selon les besoins et de s'assurer des ressources pour les maternités difficiles.

Pour faire suite aux recommandations de ces colloques, une révision des contenus et des informations transmises durant les rencontres prénatales a été effectuée par les responsables de ces programmes dans le territoire du Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont. C'est la table sous-régionale de concertation en périnatalité — petite enfance — famille, formée de coordonnatrices des modules-santé des C.L.S.C. et des membres du D.S.C. qui a mandaté et piloté sa révision. La concertation a impliqué les C.L.S.C., les infirmières-chef des salles d'accouche-

ment, des unités du post-partum et des pouponnières des deux centres hospitaliers du territoire, des responsables des départements d'obstétrique et des médecins accoucheurs. Elle est également prévue avec des groupes de femmes, les organismes privés qui offrent des cours prénatals, d'autres médecins accoucheurs du territoire. Un objectif central de la révision que cette concertation vise est de promouvoir la santé mentale du nouveau-né par l'établissement d'un lien parent-enfant de qualité lié à la capacité d'accueil de la femme enceinte face à son enfant, au contact précoce parent-enfant et à l'intégrité physique du nouveau-né.

Le groupe de travail formé d'infirmières qui a préparé la révision du programme a adopté comme objectif que, lors des rencontres prénatales, une relation de type égalitaire se développe entre intervenantes et les femmes et couples. On s'est demandé au départ si les professionnels étaient en mesure de faire face au savoir intuitif des femmes et des hommes, à leur système de représentation de la grossesse et de l'accouchement, à leurs valeurs, leurs sentiments, à leurs croyances. La révision n'a pas touché que les contenus, elle a nécessité une transformation de certaines attitudes et l'emploi de façons nouvelles pour aborder les rencontres prénatales de groupe. À cet effet, divers outils furent mis au point pour l'animation des rencontres.

Ainsi, l'ouverture des échanges peut se faire de diverses manières : à l'aide de la technique en groupe de deux où les gens se posent des questions et présentent leur partenaire au groupe ; par la technique de l'entrevue animée par la monitrice ; par le sondage des préoccupations qui permet de créer un esprit de solidarité dans le groupe. De cette façon, femmes et couples se sentent importants, participants dans la démarche d'apprentissage, déjà attentifs au contenu et au vécu qu'ils auront à partager. La discussion et le travail en atelier font connaître d'autres points de vue, aident à analyser une situation, à agir et à la résoudre. Ainsi, on est en mesure de clarifier des valeurs et des habitudes ancrées et de reconnaître les pressions sociales et économiques à travers lesquelles s'exercent les choix alimentaires, les habitudes de vie, les modes de consommation autour de la venue du bébé. Les discussions sur le vécu favorisent l'expression de l'ambivalence et de toutes sortes de frustrations et d'appréhensions, que ce soit au sujet des motifs qui sous-tendent la grossesse, au sujet des relations sexuelles, au sujet des peurs de la prématurité, de la césarienne, de la douleur, de l'allaitement. Tout ceci permet aussi d'exprimer des sentiments contradictoires, de voir que les autres vivent ce que l'on vit et de

constater qu'on ne sera pas culpabilisé parce qu'on exprime ses sentiments. On clarifie souvent des relations de couple, on prévoit l'équilibre à atteindre entre ses besoins et ceux du bébé et on prend conscience de rôles qui contraignent.

La mise en situation et les jeux de rôle sont bien exploités durant les rencontres prénatales parce qu'on pense qu'ils font comprendre, l'un à l'aide de l'étude de cas, l'autre à l'aide de la simulation, une situation fictive qui peut être vécue par des gens. Ainsi, simuler la visite chez le médecin ou l'annonce imprévue d'une césarienne illustre des situations qui posent des problèmes pour lesquels il faut prévoir et intégrer émotions et solutions. Les couples en ressortent satisfaits. Ils voient le pouvoir qu'ils ont parce qu'ils ont pris la parole.

On a créé un autre outil qui est la prise de contact avec de nouveaux parents, c'est-à-dire des personnes, des couples qui ont déjà des enfants. Ceci redonne de l'importance à l'entraide par les pairs. C'est un moyen reconnu de prévention contre la dépression et c'est un moyen de support à l'allaitement, à la césarienne, etc. Tout un réseau d'entraide post-partum s'est ainsi développé sur le territoire. Ces divers outils font maintenant partie de l'approche de quelques monitrices et font l'objet d'un processus d'évaluation.

Cette nouvelle philosophie d'intervention en périnatalité vise une pédagogie active, participante, et un contact au corps, aux émotions, à tout ce qui affecte l'équilibre dans le vécu de la grossesse et à tout ce qui affectera l'équilibre du nouveau-né et de ses parents. Il va de soi que des révisions de programmes qui visent non seulement des contenus mais des transformations importantes de rôle ne peuvent s'effectuer sans une préparation soignée des intervenants à ces changements. Il est très important de partir des préoccupations et de l'expérience quotidienne des infirmières qui animent ces rencontres pour effectuer leur ressourcement et améliorer leurs méthodes d'intervention. Il faut éviter d'imposer, mais préparer d'abord le terrain, commencer par un projet-pilote avec celles qui sont mûres pour tenter la démarche nouvelle. Par la suite, l'exemple du succès a un effet d'entraînement et d'autant plus que des occasions auront été fournies aux infirmières de partager ces expériences dans un climat qui respecte l'individualité de leurs cheminements. Le processus de changement chez les infirmières a dans ce cas-ci été facilité par une formation à la relation d'aide et à l'animation de groupe dont les effets positifs se sont manifestés au niveau des habiletés et d'un sentiment de sécurité face aux nouveaux rôles à jouer.

personnelle complétée par une formation préparatoire et continue. Dans la plupart de ces cas, la recherche du conseil technique est l'occasion d'obtenir un échange sur un vécu nouveau, de partager des inquiétudes, de vérifier et de chercher une direction à prendre. Le besoin d'être rassurée est parfois très marqué et si la conversation téléphonique ne suffit pas, une visite au foyer pour rencontrer les deux parents peut leur permettre de réduire de façon appréciable leur niveau d'insécurité. Il arrive dans certains cas que les bénévoles collaborent avec les parents pour trouver des services de soutien dont ils ont besoin, certaines pouvant même à l'occasion rendre elles-mêmes ce genre de service.

Conçu d'abord comme un instrument de support psycho-affectif aux nouvelles mères dans les premières semaines où s'établit la relation au nouveau-né, l'Entraide maternelle a débordé cet objectif.

L'intervention des bénévoles a permis le dépistage à plusieurs niveaux de problèmes de santé, tant physiques que mentaux, soit chez la mère, soit chez son nourrisson, et a facilité l'orientation vers des services spécialisés appropriés. Le service a contribué dans certains cas au maintien à domicile d'enfants prématurés, malades ou handicapés. Des mères temporairement handicapées pour des raisons d'ordre divers ont pu aussi demeurer à leur foyer en maintenant ou en regagnant un degré d'autonomie personnelle suffisant pour ce faire.

Depuis 1976, l'Entraide maternelle fonctionne toujours au C.L.S.C. Richelieu et a inspiré l'action de plusieurs autres C.L.S.C. Chacune des bénévoles est impliquée dans le suivi de trois ou quatre nouvelles mères pour une durée moyenne de deux ou trois mois. La période du suivi est extensible; il n'est pas rare qu'elle atteigne six mois et certaines mères effectuent des rappels à la personne qui les a aidées quand leur bébé traverse des étapes de développement qui leur posent des problèmes comme, par exemple, la période de l'entraînement à la propreté au cours de la deuxième année de la vie. De quinze à vingt bénévoles réparties dans les différentes parties du territoire constituent le groupe d'entraide. La durée d'activité d'une bénévole est de trois à cinq ans, basée sur la condition que, pour jouer ce rôle, il faut avoir soi-même un jeune enfant qui n'ait pas plus que trois ou quatre ans. Le recrutement de nouvelles bénévoles se fait à partir des mères qui ont bénéficié du service d'entraide sans qu'il y ait besoin de sollicitation particulière, la participation à cette forme d'aide paraissant présenter beaucoup d'attraits. Chaque nouvelle bénévole bénéficie du même programme

L'entraide maternelle dans le programme de périnatalité du C.L.S.C. Richelieu

S'entraider pour un bon départ

Dans un territoire situé en zone mi-rurale, mi-urbaine, l'isolement décelé chez plusieurs jeunes mères a amené l'Équipe familiale du C.L.S.C. à réfléchir sur les besoins de soutien de celles-ci pendant la période post-natale. Cet isolement explicable par divers facteurs entraîne fréquemment une absence de support moral autant que physique et technique et contribue à accroître un sentiment d'incompétence chez la future maman inexpérimentée face à sa nouvelle tâche. Ce sentiment d'incompétence, qui peut parfois atteindre une dimension de panique dans les semaines qui suivent le retour à l'hôpital, risque de perturber l'équilibre familial et de nuire à l'établissement d'une relation de sécurité entre les parents et l'enfant. Pour essayer de remédier à cette situation de stress avec plus d'efficacité, les infirmières responsables du suivi post-natal ont impliqué dans leur action un groupe de bénévoles.

Un groupe d'entraide a été formé comprenant de jeunes mères ayant un ou deux enfants dont les plus jeunes n'avaient pas plus de trois ou quatre ans et déjà impliquées socialement dans leur communauté. Ces mères voulaient rendre service à d'autres dans un domaine où elles se sentaient aptes à le faire à cause de leur propre expérience, soit l'adaptation au rôle de mère et l'apprentissage à la vie de famille. Pour éviter que ces jeunes mères ne soient que des donneuses additionnelles de conseils, elles furent préparées par un programme de formation dispensé par les infirmières de périnatalité et par des rencontres sur la relation d'aide les préparant à l'écoute à l'autre, organisées par les services d'Éducation aux adultes des Commissions scolaires régionales.

Dès 1976, le suivi d'entraide est offert à la nouvelle mère au moment d'une communication téléphonique avec l'infirmière de périnatalité après le retour de l'hôpital. On lui explique alors que tout en créant des liens avec une personne qui a vécu les mêmes expériences qu'elle, elle pourra échanger avec elle et s'en servira comme personne-ressource à l'occasion. Selon que la mère allaite son enfant ou le nourrit au biberon, elle est jumelée à une bénévole de la section entraide-allaitement ou entraide-biberon.

L'action des bénévoles de l'entraide à la période post-natale s'adapte rapidement aux besoins. Le conseil technique sur l'allaitement ou sur certains soins au bébé est fondé sur l'expérience

de formation de base et un programme régulier de formation continue implique l'ensemble des participantes.

Le désir d'apporter une aide là où elles se sentaient aptes à le faire a rapidement incité des jeunes mères à s'impliquer dans d'autres activités du programme de périnatalité. Elles sont maintenant intégrées au programme des rencontres prénatales où, en petites équipes, elles sont responsables de donner toute l'information sur l'allaitement et les soins physiques du bébé. Elles animent les rencontres prénatales et maintenant, dès le septième mois de grossesse, les futures mères sont jumelées selon leur choix à une personne qui pourra les aider à la période post-natale. Les mères de l'entraide ont également favorisé l'intégration de certains pères dans ce processus. Depuis le printemps 1984, ce sont en effet des pères qui animent pour les futurs pères les rencontres sur la psychologie de la grossesse et sur l'accouchement. Un objectif est de développer la participation des pères bénévoles dans les activités du programme post-natal.

S'il est difficile de mesurer avec exactitude l'impact de cette forme d'aide sur la santé mentale des familles qui en ont bénéficié, la facilité avec laquelle elle est acceptée, l'expression de satisfaction de ceux et celles qui reçoivent l'aide et leur intérêt pour se transformer en aidants(es) et étendre ce champ d'aide indiquent que la formule répond bien à un désir de cette partie de la population de participer de façon active et intelligente à une prise en charge de ses propres besoins.

L'évolution du programme a permis de constater que cette forme d'engagement au service des autres s'avérait souvent une étape vers un engagement communautaire à divers autres niveaux résultant d'un affermissement de sentiments de compétence personnelle, d'autonomie et de solidarité. Les initiatrices de cette forme de collaboration des professionnels du C.L.S.C. et des bénévoles soulignent la qualité humaine accrue que cette collaboration apporte à l'intérieur du programme de prévention. Elles notent aussi l'importance de maintenir de façon continue des liens bien articulés entre les petites associations que constituent les équipes de bénévoles dans leurs communautés locales et le service professionnel du C.L.S.C. responsable du programme de périnatalité. Laissées à elles-mêmes, ces équipes locales peuvent tendre à péricliter ou perdre en partie l'orientation qui motive leur existence et fonde leur efficacité. Pour maintenir ces liens nécessaires, des rencontres ont lieu au moins quatre fois l'an entre l'ensemble du groupe et les infirmières pour assurer que, de part et d'autre, on se connaisse bien et pour

entretenir un niveau de formation permanente qui soutienne la qualité des actions et l'intérêt et suscite la créativité.

Informer les enfants pour prévenir les agressions sexuelles

Les agressions sexuelles envers les enfants sont des actes qui ont tendance à soulever des passions. D'une part, en comportant parfois une part de violence, elles révoltent et incitent les populations à vouloir se protéger et, d'autre part, leur nature même (qui touche la sexualité) en fait un sujet tabou et bien des éducateurs (parents et autres) se trouvent embarrassés lorsqu'il s'agit de les aborder avec les enfants. Tous sont unanimes pour une action préventive ; les controverses apparaissent lorsqu'il s'agit d'en déterminer les modalités.

Trois infirmières du C.L.S.C. J. Octave-Roussin, avec la collaboration du D.S.C. de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, ont créer un programme de prévention des agressions sexuelles envers les enfants. Ce programme a été présenté dans dix écoles primaires à des enfants de 10 et 11 ans (5e et 6e années) déjà inscrits à un cours sur le développement pubertaire. L'objectif du programme visait à informer les enfants, à les rendre conscients, face au libre choix, de l'utilisation de leur corps et à leur fournir des outils pour affronter, le cas échéant, des agressions sexuelles. Le cours a été présenté en deux sessions, l'une portant sur l'exhibitionnisme et le harcèlement sexuel et la seconde, sur le viol et l'inceste.

Au plan pégagogique, on a privilégié l'échange verbal plutôt que l'audio-visuel ou le cours magistral. Les enfants ont été mis en situation par l'intermédiaire d'un personnage fictif de leur âge (dont le nom neutralise le sexe) qui subit différents types d'agressions sexuelles. Les événements que vit le personnage sont présentés de façon conçise mais explicite. Le harcèlement sexuel, par exemple, est présenté comme suit : « Une personne que Dominique connaît, un ami, quelqu'un de sa famille, peut-être quelqu'un que Dominique aime bien, lui « poigne » les fesses ou touche à ses organes génitaux. Ça l'embarasse ou lui déplaît. Que peut faire Dominique ? ». Les enfants devaient trouver en atelier, puis en plénière, des solutions aux différentes situations. Les infirmières-enseignantes complétaient au besoin. Celles-ci ont remarqué que les enfants étaient à l'aise pour aborder les différents sujets et trouvaient facilement des solutions en ce qui concerne l'exhibitionnisme, le harcèlement sexuel et le viol. Les solutions concernant l'inceste étaient beaucoup plus difficiles à trouver et reflétaient la réalité sociale

découlant du traitement de cette problématique soit, bien souvent, la dissolution de la famille et l'éloignement du père ou de l'enfant victime. Ces solutions ne plaisaient pas aux enfants. Malgré cette faiblesse, due beaucoup plus au manque de ressources sociales qu'au programme, le cours a été bien accepté autant par les enfants que leurs parents et autres adultes impliqués (enseignants, direction d'école, etc.). Il est à noter qu'on avait exigé la permission écrite des parents pour que les enfants assistent au cours. Ceux-ci avaient accordé un appui massif (97 %) qui s'est maintenu après le cours.

Simple en apparence, ce programme a été élaboré de façon très minutieuse. Il est le fruit de la collaboration de divers professionnels qui ont apporté leurs connaissances soit des enfants, soit de la problématique ou encore de la pédagogie. L'école a été choisie comme lieu privilégié pour différentes raisons. Elle permet notamment de rejoindre le plus d'enfants au moindre coût; de plus, étant un lieu où les enfants se rendent tous les jours, elle facilite le développement de relations de confiance entre enfants et adultes, ce qui amène les enfants à se confier plus facilement. Pour cette raison, entre autres, les infirmières croyaient que le cours entraînerait un certain dépistage d'enfants victimes. Elles avaient prévu la collaboration d'un pédopsychiatre si une telle éventualité se présentait.

La pédagogie même, en privilégiant l'échange verbal, permet aux enfants de s'exprimer comme un groupe ayant une préoccupation commune. L'association à un groupe peut amener la victime réelle ou potentielle à dédramatiser sa situation et à agir de façon positive. Si tous les enfants de la classe trouvent la même solution, il est fort possible que l'enfant victime la considère comme valable et l'utilise.

Enfin, l'initiative d'adultes d'aborder des sujets que les enfants ont appris à taire permet de briser le silence. On peut être assuré que l'information acquise par les enfants ne sera pas galvaudée ou déformée par les imaginations enfantines puisqu'elle est donnée directement de l'adulte aux enfants. Finalement, puisque c'est l'adulte qui brise le silence, l'enfant apprend qu'il est permis d'aborder ces sujets prévenant ainsi des secrets ou des questionnements pénibles à garder.

L'approche écologique

L'enfance maltraitée est une des problématiques qui préoccupent le plus les intervenants des services sociaux du Québec.

Depuis la Loi sur la protection de la jeunesse, le nombre d'enfants dépistés qui doivent être pris en charge par les services sociaux n'a cessé d'augmenter. Les intervenants ont vu leur pratique changer. Non seulement la relation avec leur clientèle se pratique-t-elle dans un contexte différent mais les modèles d'intervention axés sur des facteurs individuels qui étaient appropriés avec d'autres types de clientèle ne donnent pas les résultats escomptés. L'étiologie d'une problématique comme celle de l'enfance maltraitée ne peut être circonscrite ou limitée à l'alcoolisme du père, par exemple, ou à l'immaturité des parents. Le laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale de l'U.Q.A.M. (L.A.R.E.H.S.) a entrepris de reconceptualiser la problématique de l'enfance maltraitée en élargissant les facteurs étiologiques pour inclure les données qui concernent l'environnement de l'individu. Théoriquement, le comportement de l'individu est le résultat d'un processus d'adaptation entre lui et son milieu. Ce n'est plus le père alcoolique qui bat son enfant, c'est l'homme dont les habitudes de vie, les réactions au stress, les conditions de travail, la relation avec son conjoint, etc. sont particulières et qui font en sorte que ce comportement apparaît.

Ces environnements sont appelés micro-, méso-, exo- et macrosystème, qui sont la famille (micro-), le voisinage, les amis, le lieu de travail, etc. (méso-), les organisations et institutions scolaires, municipales, politiques, etc. (exo-), de même que l'ensemble des normes, des valeurs et des idéologies d'une culture donnée (macrosystème). L'approche écologique identifie les environnements, étudie les liens qui les unissent et leur influence sur le comportement de l'individu.

La reconceptualisation de la problématique de l'enfance maltraitée est un exemple d'une telle étude. Le L.A.R.E.H.S. a identifié différents facteurs économiques et sociaux et étudié leur influence et valeur prédicative sur le taux d'incidence d'abus et de négligence pour le territoire de l'Île de Montréal. Pour ce faire, le territoire a été divisé en 343 secteurs (secteurs de recensement). Pour chacun de ces secteurs, le taux d'incidence a été établi à partir des plaintes fondées reçues au C.S.S.M.M. en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Concurremment, un portrait économique et social a été dressé pour chacun de ces secteurs à partir des facteurs suivants:

A *Facteurs économiques*: (selon Statistiques Canada)

1) % de familles sous le seuil de la pauvreté;
2) % de familles au-dessus du seuil d'aisance.

Hypothétiquement, « les secteurs à très forte concentration de familles sous le seuil de la pauvreté et désertés par les familles au-dessus du seuil d'aisance sont les plus à risque » (Bouchard et al., 1984, p. 15).

B *Facteurs sociaux*: (Statistiques Canada)

1) % de familles monoparentales;
2) % de familles où la femme est le soutien financier;
3) % de familles résidant depuis moins d'un an;
4) % de logements exigeant des réparations majeures.

Ces facteurs fortement reliés aux facteurs économiques donnent un portrait de la force du milieu en terme de ressources. Hypothétiquement on peut croire, par exemple, que plus les gens restent longtemps dans le milieu, plus ils ont le temps de créer des liens d'amitié et de support.

Enfin, à partir du portrait économique et social et du taux d'incidence de chaque secteur, on a pu établir à quel portrait correspond le plus haut taux d'incidence, quel facteur a le plus d'influence et ainsi, non seulement quels secteurs sont les plus à risque mais pour quelles raisons ils le sont. Par la suite, on a comparé des secteurs ayant un portrait économique et social équivalent mais avec des taux d'incidence différents selon les éléments suivants: le degré de stress vécu par les familles, le soutien social perçu par les familles et l'appréciation subjective du voisinage. Toutes ces données sont précieuses et montrent l'impact de l'adéquation de l'environnement sur la relation parent-enfant.

L'approche écologique élargit énormément les possibilités d'interventions parce qu'elle identifie beaucoup plus d'influences qu'une approche centrée strictement sur l'individu. Elle oblige par contre les intervenants à modifier et redéfinir leur rôle et pratique. Ceux-ci doivent s'intégrer aux quartiers dans lesquels ils travaillent afin de contribuer à la compréhension et à la modification des environnements, de concert avec les autres ressources du milieu (semi-professionnelles, professionnelles, bénévoles, associations, etc.). L'intervention vise l'amélioration de l'environnement et, par le fait même, a un caractère de prévention et de promotion. C'est une approche qui intègre toutes les ressources du milieu et qui cherche à en créer de nouvelles qui soient vraiment centrées sur la collectivité.

Une application pratique de l'approche écologique serait la création de « conseils de voisinage » qui auraient pour mandat d'analyser les conditions de l'environnement et d'élaborer des programmes

spécifiques. Présentement, deux projets-pilote inspirés de l'approche écologique ont été mis en place au B.S.S. centre-ville. L'un d'eux vise à créer un réseau d'entraide pour mères à risque et l'autre à mettre à jour un répertoire des ressources communautaires pour le quartier.

La concertation

En partant du principe que la réunion des efforts est plus efficace que l'action isolée, plusieurs intervenants, préoccupés par une problématique ou une population commune, se sont réunis afin d'élaborer des plans de travail concertés. On retrouve de ces tables de concertation un peu partout à travers la province. Elles sont la réponse à un constat: chaque organisme n'a que des bouts de solution spécifiques; aucun n'a de solution globale à un malaise global. Or, la majorité des problèmes de la jeunesse (enfance maltraitée, suicide, manque de travail, décrochage, délinquance, etc.) correspondent à des « malaises globaux ». La concertation répond au besoin des intervenants de trouver des solutions globales qui représentent l'espoir d'une réussite, espoir que l'action isolée n'a jamais permis.

En nourrissant la réflexion, l'échange, la collaboration et la complémentarité des ressources, la concertation est la base d'une approche globale. Ses principes sont simples: « la solidarité vaut mieux que la compétition; le regroupement est plus satisfaisant que l'isolement; la complémentarité est plus efficace que les dédoublements; l'action locale est plus mobilisante que les directives lointaines et abstraites » (Quiviger, 1984).

Ses avantages favorisent une rationalisation des services qui évite la duplication. Elle permet la création de ressources qui répondent réellement aux besoins du milieu.

Bien qu'elles soient avantageuses au niveau de l'intervention et de la stimulation professionnelle, les tables de concertation imposent aussi des contraintes (ajustements d'horaires, flexibilité, adaptation aux autres, etc.) qui les rendent parfois difficiles à organiser. L'initiative de cette organisation est souvent le fait d'une personne qui voit à sensibiliser, motiver et mobiliser les autres intervenants. Pour que la concertation réussisse, tous ceux qui y participent doivent croire en ses principes et son efficacité. Elle doit aussi répondre à un besoin réel perçu et partagé par tous ses membres.

La table de concertation des services d'aide à la jeunesse de Drummondville (T.C.S.A.J.) fonctionne depuis cinq ans et a été

initiée par le directeur d'un centre de réadaptation pour répondre à un besoin de connaître et d'ajuster le travail des différents organismes intervenant auprès des jeunes. La concertation a débuté par la création d'un comité de travail réunissant les directeurs du centre d'accueil, du C.S.S., de la sûreté municipale, du secteur scolaire et de l'administration municipale. Ce comité a organisé un mini-sommet sur la marginalité d'où sont ressorties plusieurs propositions d'actions concrètes dont la mise en place d'une table de concertation permanente. Par la suite, un coordonnateur, une secrétaire et un organisateur communautaire ont été engagés. Ils forment aujourd'hui le noyau de l'équipe.

La T.C.S.A.J. est composée d'un conseil d'administration de seize membres dont huit sont issus des organismes partenaires, quatre des projets ou ressources du milieu et quatre d'individus désirant s'impliquer. Le conseil d'administration se réunit environ deux fois par année et discute des orientations d'actions à poser en plus, évidemment, des charges administratives. Par la suite, ce seront des comités constitués qui verront à instaurer les projets et ressources. Cette structure permet l'ajout (à travers les comités) de participants qui, sans être membres de la T.C.S.A.J., peuvent apporter leur expertise à la création de projets. C'est une organisation souple qui, tout en étant très structurée, permet la consultation et la participation d'un bon nombre d'intervenants. Les secteurs scolaire, juridique, de santé, de services sociaux, de loisirs, municipal, populaire et communautaire, économique et religieux ont été impliqués à un moment ou un autre depuis cinq ans.

En ayant une équipe permanente responsable des tâches administratives de coordination, d'organisation de dossiers et de secrétariat, cette table de concertation non seulement a des dossiers mis à jour de façon efficace, mais évite que ces tâches ne reviennent à un membre qui doit souvent cumuler d'autres fonctions.

Les réalisations concrètes (comités, ressources, projets, activités) engendrées par cette table sont très nombreuses. Trois points les caractérisent : d'abord, les projets et ressources doivent être en grande partie assumés financièrement par la communauté ; en second lieu, les projets doivent viser l'autonomie ; enfin, un bon nombre de bénévoles participent aux projets. Ces caractéristiques augmentent la responsabilité collective en ce qui a trait à la problématique de la jeunesse.

Le rôle de la T.C.S.A.J. se joue à différents paliers. Elle peut offrir son appui, son support ou sa participation à des projets

indépendants ou encore, comme nous l'avons vu, initier des projets et des ressources. Elle a participé à la mise en place des ressources suivantes :

— foyer d'intégration sociale pour adolescents,
— emplois communautaires-jeunesse,
— club de prévention,
— les grands-frères de Drummondville,

ainsi qu'à des projets d'éducation et de formation-jeunesse et à des actions de sensibilisation de la communauté.

Depuis sa création, on a remarqué une diminution du taux de délits chez les jeunes qui sont valorisés et s'impliquent davantage dans les différents projets. Les réalisations de la T.C.S.A.J. permettent aux jeunes de trouver un rôle et une place dans la société.

La T.C.S.A.J. est reconnue dans la région de Drummondville et répond efficacement au besoin qu'elle devait combler. Les divers organismes et associations de la région participent activement autant à la formation de divers comités qu'au support financier et matériel (hébergement, mobilier de bureau, etc.) On consulte la T.C.S.A.J. ailleurs dans la province parce qu'elle a développé une expertise reconnue au niveau de la problématique-jeunesse.

Une autre table de concertation à Montréal-Nord a été créée à la suite de l'initiative du Bureau de services sociaux (B.S.S.) centre-nord du C.S.S.M.M. À sa création, en 1981, elle s'est donné pour mandat de trouver des solutions aux problèmes de délinquance existant dans un quartier défavorisé. C'est un organisateur communautaire du B.S.S. qui a vu à sensibiliser et réunir différents intervenants de la ville de Montréal, des polyvalentes, de la direction de la protection de la jeunesse et des policiers d'aide à la jeunesse. Sont issus de ces rencontres deux projets : la Maison des jeunes de Saint-Michel et l'École buissonnière (travail de rue auprès des jeunes décrocheurs). Par la suite, la table a identifié d'autres problèmes inhérents à la jeunesse de leur quartier (suicide, manque de travail, démotivation) et a voulu étendre son action au-delà de la seule problématique de la délinquance. Des organismes tels le Bureau d'assurance-chômage et le Bureau d'aide sociale ont demandé à participer. L'hôpital Rivière-des-Prairies s'est aussi impliqué. La table travaille présentement à organiser une semaine des jeunes à Montréal-Nord dans le but de regrouper les jeunes et de les aider à s'organiser.

Cet exemple montre comment la concertation gère de nouvelles idées. En étant locale et en regroupant des membres issus de

différentes instances, elle permet d'être à la fine pointe de la connaissance des problèmes que la population qu'elle veut aider peut avoir au fur et à mesure que les problèmes surgissent. Ces mêmes caractéristiques permettent la fusion des idées et amènent chacun à dire ce qu'il veut entreprendre pour faire avancer les dossiers.

Enfin, on remarque que les réalisations positives font boule de neige ; elles encouragent et incitent à s'impliquer pour réaliser autre chose.

L'intervention de réseaux

L'intervention de réseaux est une pratique relativement nouvelle. Au Québec, dans le domaine de la jeunesse, le groupe de recherche sur les pratiques de réseaux de l'Université de Montréal expérimente cette approche. L'objectif premier est une prise en charge collective et autonome par le milieu de ses propres besoins comme des ressources qui peuvent y répondre.

Concrètement, l'intervention est basée sur deux principes : la reconnaissance que tout problème psychosocial a une part collective et que cette collectivité a les ressources nécessaires pour définir, analyser et trouver des solutions au problème. Au plan social, les individus sont répartis dans différents réseaux. On retrouve d'abord les réseaux primaires comme la parenté, le voisinage, les amis, qui sont constitués sur une base affective ou de sympathie et où tous les individus se connaissent. C'est dans ces réseaux que se vivent et se déterminent les besoins sociaux. À un autre niveau, on retrouve les réseaux secondaires où les liens entre les individus sont essentiellement fonctionnels et déterminés plus par les rôles que par les affinités. Les réseaux secondaires produisent des services afin de répondre aux besoins des réseaux primaires. Ils sont formels lorsque constitués par les institutions sociales qui ont une existence officielle (hôpitaux, école), et non formels lorsque mis en place pour répondre à des besoins spécifiques (réseau de mères qui se regroupent pour garder les enfants).

Certains observateurs ont constaté que bien des réseaux secondaires formels, principaux dispensateurs de services, offraient malheureusement des ressources définies de façon tellement rigide qu'elles ne répondaient pas aux besoins réels des réseaux primaires. Ce sont bien souvent les besoins qui doivent s'adapter aux ressources avec pour conséquence que les besoins réels ne sont pas comblés et que les individus restent avec leurs problèmes.

Au niveau de l'action, l'intervention de réseaux vise donc à aider les réseaux primaires à définir adéquatement leurs besoins et à rechercher des solutions appropriées en adaptant les ressources des réseaux secondaires formels ou en créant de nouvelles ressources comme les réseaux secondaires non formels.

Le contact de l'intervenant avec le réseau se fait habituellement par le biais d'une personne qui demande de l'aide à une institution. La demande est bien souvent présentée comme un problème individuel et le rôle de l'intervenant est de faire ressortir sa dimension collective et d'amener le réseau concerné à s'impliquer dans la prise en charge du problème. Au fur et à mesure que l'intervention se poursuit, le réseau acquiert une autonomie qui lui permet d'agir efficacement (définition de besoins et recherche de solutions) de façon indépendante. L'intervenant peut alors se retirer.

Les avantages d'une telle approche sont nombreux. D'abord, en remettant à plusieurs la responsabilité d'un problème, cette intervention tend à déculpabiliser « la » personne qui a été identifiée comme problème individuel. Les individus apprennent à modifier la perception qu'ils ont d'eux-mêmes, de leur réseau, de l'intervenant et des institutions. Ils apprennent qu'ils peuvent définir leurs besoins et trouver des solutions réduisant ainsi une dépendance souvent excessive vis-à-vis des services sociaux. D'autres problèmes pourront être réglés directement à partir de la collectivité sans intervention psychosociale professionnelle. Enfin, l'intervenant peut être libéré du poids que constitue un problème qu'il ne peut résoudre seul, la solution ne lui appartenant pas.

L'intervention de réseaux se fait présentement surtout sur une base expérimentale. Le Bureau de services sociaux de l'est du C.S.S.M.M., conjointement avec le groupe de recherche de l'Université de Montréal, a mis en application les principes de cette approche auprès d'une famille à structure délinquante de douze enfants, suivant un investissement social majeur plutôt infructueux de dix années d'intervention auprès de la famille (Tribunal de la jeunesse, probation, travailleurs sociaux, contrôleurs d'absence, etc.). Les deux intervenants impliqués ont noté une amélioration relativement rapide de la collaboration, de la recherche de solutions et de la mise en application de la famille.

D'autres applications de la pratique de réseaux pour les jeunes sont présentement tentées. « Le D.S.C. et l'École de psychologie de l'Université Laval sont actuellement impliqués dans la création d'un programme visant à identifier des réseaux d'aidants naturels pour les parents susceptibles de violenter leurs enfants » (D.S.C.,

C.H.U.L., 1984). À Rimouski, deux étudiantes du cégep travaillent à mettre en place des « réseaux d'entraide naturels » à l'intérieur du collège pour les étudiants afin de promouvoir leur bien-être physique et moral (Lévesque, 1984).

Comme toute approche nouvelle, les intervenants doivent être convaincus du bien-fondé de l'intervention pour pouvoir l'appliquer. C'est cette confiance qui leur permettra de faire face aux résistances inévitables des réseaux concernés. De plus, ils doivent acquérir une bonne formation dans ce type d'intervention, ce qui implique l'ouverture d'esprit des gestionnaires des institutions auxquelles ils appartiennent. Ces institutions doivent aussi être assez souples afin de permettre l'implantation de nouvelles pratiques qui, obligatoirement, exigent temps et énergies sans résultat concret à court terme. La pratique de réseaux ouvre toutefois la voie à des possibilités intéressantes qu'il vaut la peine d'explorer.

Les Centres de services sociaux et l'approche collective

L'étude limitée du C.S.M.Q. ne lui a pas permis d'obtenir un juste tableau de l'action des Centres de services sociaux dans une perspective d'approche écologique ou des collectivités. Il est possible que certains C.S.S. aient innové de façon importante à cet égard. Ce qui suit ne réfère qu'au rôle joué à cet égard par le Centre des services sociaux du Montréal métropolitain (C.S.S.M.M.).

Le désir du C.S.S.M.M. de se rapprocher des collectivités en préconisant une approche plus globale des problématiques qu'il a à traiter est inscrit dans la mission qu'il s'est donné en 1979. Cette mission de protection sociale vise « à arrêter le processus de détérioration (ou de désintégration psychosociale) et à développer les capacités fonctionnelles des milieux et des personnes en vue d'obtenir un progrès par rapport à l'état antérieur ». Dans cette perspective, l'action veille à « maintenir, améliorer, restaurer ou développer l'autonomie physique, psychologique, morale et sociale de même que le sens des responsabilités des individus, des couples, des familles, des groupes et des collectivités par des interventions appropriées aux problèmes vécus » (Cloutier, 1983).

Le C.S.S.M.M. préconise une approche systémique de la réalité sociale. Celle-ci conçoit la collectivité comme un ensemble de sous-systèmes en interaction constante les uns avec les autres dans un équilibre dynamique, des changements chez les uns entraînant des changements chez les autres. Vu sous cet angle, l'individu fait partie d'un ensemble et les interventions d'un organisme comme le C.S.S.

doivent se faire de façon plus globale au niveau de l'individu mais surtout au niveau de l'environnement et de la communauté.

Ce désir de se rapprocher des collectivités ne s'est cependant pas traduit de façon concrète dans les plans d'action du C.S.S.M.M. Plusieurs raisons, dont notamment l'adaptation à des politiques sociales qui modifient sérieusement la pratique des intervenants (ex. : Loi sur la protection de la jeunesse), n'ont pas permis d'investir dans l'action collective. Cette initiative est laissée aux Bureaux de services sociaux (points de services) répartis sur le territoire de l'Île de Montréal et ne fait donc pas partie d'une politique d'ensemble. Chaque B.S.S. dispose d'un certain nombre de postes d'organisateurs communautaires qu'il est libre d'utiliser. Ce sont habituellement ces organisateurs communautaires qui sont les instigateurs de l'action collective. Là où il n'y en a pas, l'action collective est minimale.

Certains B.S.S. comme celui de l'est croient fermement dans l'action collective et tous les intervenants y ont été sensibilisés. Les organisateurs communautaires avec la collaboration des autres intervenants ont travaillé à créer des tables de concertation (de groupes populaires, d'intervenants-jeunesse), des regroupements de bénéficiaires, des projets auprès des adolescents (projet d'action dissuasive), des camps familiaux pour les gens du quartier et différents groupes d'intervention (groupes d'enfants placés en F.S., groupes de parents-adolescents, etc.). Ces pratiques s'inscrivent dans la politique d'action du B.S.S. de l'est et celui-ci collabore avec les autres ressources du milieu.

Le B.S.S. Centre-nord a mis en place une table de concertation et participe à la création de la Maison des jeunes de Mercier. Ici aussi, on retrouve chez les intervenants un désir de collaborer avec les autres ressources du milieu.

Ces exemples montrent qu'un organisme comme le C.S.S. peut avoir une place importante auprès des collectivités. Ses intervenants sont des acteurs sociaux importants dans des problématiques comme celle de l'enfance maltraitée par exemple, et sa collaboration avec les autres ressources du milieu où il œuvre est essentielle pour une approche globale de cette clientèle. On remarque que plus le C.S.S. se rapproche du milieu, plus des initiatives nouvelles d'action collective apparaissent. Pour ce faire, ces intervenants doivent être sensibilisés et incités à travailler en ce sens.

Les maisons de jeunes

Les jeunes à l'âge de l'adolescence ont besoin de se regrouper; les « gang » que l'on retrouve dans le métro, les parcs, les arcades de jeux montrent ce besoin d'appartenance à un groupe. Ni enfants, ni adultes, souvent ils ne sont pas intéressés par les loisirs organisés et sont trop jeunes pour les brasseries, cafés et autres endroits de regroupement pour adultes où on les retrouve souvent clandestinement. Leur statut social et économique de dépendance leur permet difficilement de s'organiser. De plus, certains problèmes que l'on retrouve à l'adolescence (délinquance, suicide, drop out) accaparent la plus grande part des énergies des intervenants. Les ressources psychosociales sont dirigées vers la résolution de problèmes partiels et temporaires et peu de place est laissée à la prévention et aux jeunes qui n'ont pas de besoins criants.

Les maisons de jeunes ont été créées afin d'offrir à des jeunes de 12 à 18 ans un endroit ouvert et neutre où vivre leurs expériences à leur rythme et à leur goût. Idéologiquement, elles sont une alternative aux attitudes souvent directrices de certaines interventions auprès des jeunes. Les maisons de jeunes se définissent comme une ressource alternative de type communautaire. En fait, il s'agit d'un lieu (maison, logement, sous-sol, garage) où les jeunes d'une collectivité donnée peuvent se regrouper et où ils partent pour faire quelque chose de leur choix. On peut en retrouver partout où une population-jeunesse le justifie dans des quartiers populaires, des villages, des centres-ville, etc.

L'objectif des maisons de jeunes est de remettre aux jeunes, comme individus et comme groupe, la responsabilité de leur être. Par une structure souple et adaptée à la réalité des jeunes, ces lieux visent à permettre l'apprentissage de la vie communautaire, la prise en main du temps de loisirs et l'amélioration de la qualité des relations interpersonnelles. Les maisons de jeunes cherchent à les outiller en leur permettant de vivre des expériences multiples. Elles travaillent à promouvoir des attitudes relationnelles et sociales adéquates et, en ce sens, sont des outils de promotion de l'adaptation.

Une maison de jeunes est une réponse aux besoins et aux désirs d'une collectivité. Les promoteurs peuvent être des parents ou des jeunes d'un quartier mais aussi des intervenants œuvrant auprès des jeunes dans une collectivité (table de concertation). Étant une ressource alternative, elle n'a pas de source de financement définie et officielle et c'est son plus gros problème. Certaines maisons de jeunes sont très bien implantées dans leur collectivité.

La maison de Farnham, par exemple, a reçu l'appui de la ville, de la polyvalente, de la police, des clubs sociaux, des paroisses, du député fédéral en plus de l'appui technique du C.L.S.C. Ces appuis sont importants lorsque la maison a besoin de ressources matérielles et financières. Toutes les maisons de jeunes ne sont pas aussi bien soutenues. Elles sont financées en grande partie par des programmes gouvernementaux temporaires et des organismes bénévoles.

Concrètement, les maisons de jeunes fonctionnent à peu près toutes de la même façon avec, à leur tête, un conseil d'administration et un comité de jeunes. Les jeunes sont représentés dans le conseil d'administration et ont à se prononcer sur la nomination de la majorité des administrateurs (citoyens, parents, animateurs, intervenants, etc.). C'est ce conseil qui prend position sur les mandats, le budget et le fonctionnement de la maison. Le comité de jeunes peut être composé dans certains cas exclusivement de jeunes alors que dans d'autres, un nombre défini d'animateurs en fait partie. Ce comité décide des activités, de la répartition du budget qui lui est alloué et des règlements de la maison. On comprend que l'implication des jeunes est importante pour le bon fonctionnement de la maison. Il leur est aussi permis à travers ces expériences de faire l'apprentisssage du pouvoir démocratique. Le conseil d'administration autorise également aux adultes de s'impliquer et encourage l'échange égalitaire entre jeunes et adultes.

Les activités des maisons de jeunes sont à la mesure de l'imagination et du désir de jeunes. Ce sont eux qui les définissent et qui les créent. Activités sportives, expéditions, cinéma, soirées d'information sur des sujets comme la drogue, la sexualité, la délinquance, la loi 24 sont autant de possibilités. On retrouve à peu près toujours une salle genre café où la principale activité est la discussion.

La plupart des maisons de jeunes engagent des animateurs adultes (moyenne d'âge de 24 ans) dont certains proviennent de la collectivité. Leur rôle est important car ils sont souvent le lien entre la maison et le monde adulte, et la collectivité. Ils permettent une relation jeunes-adultes basée sur la confiance, l'écoute et l'égalité. Ils sont des personnes-ressources souvent catalyseurs d'activité. Leur nombre dépend du budget de la maison.

Certaines maisons de jeunes ont des difficultés de fonctionnement pour diverses raisons. Outre les difficultés inhérentes au manque d'argent, il arrive parfois que la population de jeunes qui fréquentent la maison en freine l'évolution et rende son fonction-

nement difficile. On n'a qu'à imaginer une maison envahie par un « gang » fermé laissant peu de place aux nouveaux venus et en attente passive d'activités pour comprendre comment il peut être ardu de les amener à s'impliquer. Lorsque les jeunes ne s'impliquent pas, la maison n'est pas autre chose qu'un lieu de regroupement. Par ailleurs, plusieurs maisons de jeunes fonctionnent très bien et lorsque c'est le cas, les avantages s'enchaînent. En étant une ressource du milieu, elles permettent aux jeunes de s'engager tout en demeurant dans leur collectivité. Ils peuvent ainsi y participer utilement (banque de gardiennage, préparation de fêtes populaires, travaux domestiques d'entretien, etc.) et sentir leur rôle et leur place au sein de la communauté. C'est une ressource qui souvent est bien acceptée des parents, ce qui diminue les conflits concernant les activités des jeunes et inquiétudes des parents. Depuis la création d'une maison de jeunes, certains endroits ont remarqué une diminution de la flânerie et de la délinquance.

Une maison de jeunes ne naît évidemment pas du néant; elle demande beaucoup d'investissement en temps et volonté. Par ailleurs, la valorisation du jeune à l'intérieur de son milieu de vie est un profit de taille.

Prendre ses responsabilités face à la drogue

L'Expo 67 marque l'arrivée du phénomène de la drogue chez les adolescents. Très rapidement, elle s'est répandue dans leur principal milieu de vie, soit l'école. Les professeurs, tout comme les directions, se sont vite sentis dépassés par cette réalité nouvelle et les années 1970-1971 marquent le début d'interventions spécifiques à la problématique de la drogue à la C.E.C.M. Le « dossier drogue » n'y est donc pas nouveau et le travail qui s'y est fait est passé par différentes étapes avant d'aboutir à un programme de prévention assez élaboré.

Ce programme s'adresse à tous les étudiants consommateurs ou non et est donné particulièrement au niveau du secondaire III à raison d'environ dix périodes hebdomadaires dans le cadre du cours de formation personnelle et sociale. Ses objectifs sont bien sûr d'informer adéquatement l'étudiant mais aussi et surtout de lui faire faire une démarche personnelle afin de l'amener à formuler un choix éclairé et responsable face à la drogue. Le but est de diminuer la consommation, mais le moyen utilisé n'est pas la répression (ex.: faire peur à l'aide d'affiches répressives) mais plutôt le renforcement de l'élève quant à son processus de décision. On amène l'étudiant à se situer personnellement face à cette question afin que ses déci-

sions soient le reflet de sa volonté plutôt que des influences sociales.

Chaque session aborde un thème différent pour lequel il est permis au jeune de faire les démarches de cueillette d'informations internes (prise de conscience personnelle) et externes (ce que les autres en pensent), de traitement d'informations (saisir la réalité à travers les connaissances nouvelles), d'orientation des décisions et de mise en action des choix en tenant compte de la réalité. Ce processus implique donc la possibilité pour le jeune d'échanger et de confronter ses idées avec celles des autres et aussi de recevoir une information factuelle de la part d'une personne-ressource disponible. La formule privilégiée est alors bien souvent l'échange en sous-groupe suivi d'une discussion en plénière. La personne-ressource anime la discussion et suscite la réflexion en fournissant les connaissances supplémentaires, en soulignant les contradictions, les incohérences et les éléments de réalité négligés. Elle peut aussi supporter l'élève individuellement dans sa démarche et l'aider dans les choix qu'il a à faire.

Les thèmes choisis dépendent des intérêts des élèves et peuvent être amenés par ceux-ci ou suggérés par l'animateur. Le guide d'animation élaboré par la C.E.C.M. propose les thèmes suivants: Qui est le consommateur? les drogues et leurs effets, pourquoi on consomme? comment on consomme et où? les problèmes à anticiper (endettement, dépendance, santé physique, etc.), les drogues et moi, etc.

Il est bien évident que si la consommation de drogue est si répandue, les jeunes en parlent entre eux. Il est beaucoup moins évident qu'ils abordent le sujet avec leurs parents ou avec d'autres adultes qui font figure d'autorité. Le problème avec ce manque de communication est que chacun, adulte comme adolescent, élabore une série de mythes autour de la drogue qui ne font qu'aggraver la situation. L'avantage de ce programme est d'établir le dialogue entre adolescents et adultes dans un climat serein et confiant. En plus de permettre l'échange et la démystification, il amène l'élève à comprendre ses attitudes comme celles des autres face à la drogue et à réfléchir sur la part de tout élément pouvant influencer sa prise de décision. Il s'agit donc réellement de rendre l'étudiant responsable.

Le programme n'est pas répandu à travers toutes les écoles de la C.E.C.M.; il dépend des besoins et des directions de chaque école. Là où il est donné, on a cerné certains problèmes et élaboré des solutions possibles. Par exemple, le recours à une personne-

ressource peu disponible en dehors des heures de session parce qu'habituellement de passage à l'école, entraîne un problème au niveau de l'aide individuelle dont pourraient bénéficier certains élèves. La solution serait d'avoir une personne-ressource continuellement disponible ou encore de former les professeurs déjà en place qui ont l'avantage d'être plus présents et plus proches des élèves.

Malgré la non-généralisation du programme, on a noté à la C.E.C.M. une diminution sensible dans la consommation de drogue entre 1976 et 1984. On ne peut cerner l'influence réelle du programme puisque son impact n'a pas été évalué directement. Par ailleurs, on ne peut que noter ses aspects positifs.

L'école: carrefour de générations ou s'aider en aidant

Ce projet a été expérimenté dans une école primaire par une équipe de recherche du laboratoire de gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'idée de base est que la mise en commun de l'expérience et de la sagesse avec l'énergie toute fraîche des enfants peut avoir des effets stimulants et productifs tant pour les jeunes que pour les personnes âgées.

Conscients du fait que dans notre société les personnes âgées sont en quelque sorte mises à l'écart, qu'elles se sentent parfois inutiles, les responsables du projet ont cru que s'il était possible d'amener certaines personnes âgées à s'impliquer dans une activité nouvelle, un changement se produirait vis-à-vis de leur estime de soi, de leur état d'anxiété et de dépression, et généralement parlant, de leur tonus psycho-organique (Denis, M.-C., 1982).

Par ailleurs, les relations intergénérations étant moins fréquentes ou moins régulières qu'auparavant pour diverses raisons, « plusieurs enfants ont peu d'occasion d'entrer en contact avec leurs grands-parents ou quelqu'autre personne âgée. Ils n'ont ainsi peu ou pas d'accès au bagage de connaissances et d'expériences dont les personnes âgées sont porteuses. Cette lacune, tout en les privant d'un type de stimulation propice à leur développement, nourrit ou tout au moins risque d'entretenir une série de préjugés véhiculés à l'endroit des personnes âgées ».

Pour instaurer le cadre relationnel entre les enfants et les personnes âgées, une école fut choisie comme lieu de rencontre. Dans deux classes de 5e année, un groupe de 12 personnes âgées, sollicitées via le club de l'âge d'or, se retrouvèrent à l'école pendant une période de 10 semaines, pour 15 rencontres d'environ une heure.

Avec les enseignants fut élaborée une série d'activités directement greffées au programme de sciences humaines et de catéchèse existant déjà, permettant aux personnes âgées et aux enfants de se retrouver en petites équipes pour effectuer un travail partagé à raison d'une heure par rencontre.

Chaque personne âgée se retrouvait à chaque fois avec le même petit groupe de 6 enfants de façon à maximiser la possibilité de contact et de relation. Le programme d'activités a été construit de façon à ce que les personnes âgées aient l'occasion de transmettre leurs connaissances relatives à la vie d'autrefois, au milieu, aux traditions, à l'histoire de la paroisse, etc. On avait aussi prévu dans la planification des tâches permettant aux personnes âgées et aux enfants de faire quelque chose ensemble, par exemple les semis, les affiches pour la confirmation, les réalisations manuelles.

Après trois années de cette expérience, on a pu observer un certain nombre de choses (Champagne, 1985). La présence des aînés à l'école semble avoir contribué à revaloriser le rôle communautaire de cette dernière; le dialogue entre les citoyens et l'école a été facilité. À l'école même on a remarqué que lorsque les aînés étaient présents, la discipline règnait, les enseignants notant avec satisfaction un climat dans la classe où chaleur humaine, joie, discipline et qualité de travail pouvaient être observées. L'impact de la présence des personnes âgées en classe a été important comme élément de soutien et de valorisation du rôle des enseignants qui, par exemple, trouvaient maintenant plus de facilité à communiquer avec des parents ou à faire passer à certains enfants des messages autrefois mal reçus.

Des liens d'amitié dépassant le cadre scolaire s'établirent naturellement entre les aînés et les enfants: visites au domicile de l'aîné, parfois échange de cadeaux ou de services. Plusieurs enfants découvrirent les aînés dont ils étaient privés dans leur famille; ils s'attachèrent à eux et, en quelques occasions, allèrent leur confier des problèmes personnels et familiaux. Il arriva même qu'une personne âgée intervienne de façon heureuse pour faciliter un échange parent-enfant dans un moment d'important désarroi pour ce dernier.

L'intérêt de ce programme est de rapprocher des générations qui peuvent s'apporter l'une à l'autre des dons affectifs. Il montre aussi comment ce rapprochement peut s'établir avec facilité et être fructueux si l'occasion en est fournie.

Les observations qui précèdent indiquent que le projet a été très bien reçu là où il a été réalisé. Le ministère de l'Éducation (1983) a

publié un guide à l'intention des écoles qui seraient désireuses de l'implanter. Si on n'a pas pu démontrer avec certitude que ce genre d'expérience a transformé les préjugés des jeunes envers les personnes âgées, les faits ont prouvé sa valeur positive à plusieurs égards. En ce qui concerne les personnes âgées, une évaluation scientifique avec groupe contrôle (Doucet, 1984) a permis de vérifier l'effet significatif de l'expérience sur le niveau de dépression des aînés impliqués.

Pour former les pédiatres à une approche plus globale de la santé de l'enfant

Dans le cadre de la formation professionnelle des futurs pédiatres, le département de pédiatrie de l'Université de Montréal a innové en soutenant une initiative pédagogique répondant à des besoins précis de la population des jeunes enfants et de leurs parents.

Le pédiatre est par tradition et par choix le professionnel de la santé qui est consulté en priorité si possible pour des problèmes de santé physique concernant les enfants. Depuis plusieurs années, les demandes des parents à l'égard des pédiatres concernent de façon explicite et souvent implicite des préoccupations reliées au développement ou au comportement de leurs enfants.

D'autre part, on sait que la formation professionnelle des futurs pédiatres est centrée de façon quasi exclusive sur l'acquisition de connaissances et d'aptitudes appliquées à des maladies dites organiques et physiques.

Pour répondre à ces lacunes dans la formation pédiatrique clairement identifiée également par les milieux experts en éducation médicale aux U.S.A. (Task Force on Pediatric Education, 1979), une clinique dite de développement a été créée depuis deux ans à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal. Cette clinique représente un champ clinique d'apprentissage très structuré, presque un laboratoire pédagogique, où le résident (futur pédiatre) pose des gestes professionnels (entrevue et examen du patient) dans une optique plus globale que traditionnelle, où les parents consultent pour un problème de comportement comme les troubles du sommeil, l'hyperactivité, l'anorexie, les problèmes de discipline, les troubles d'adaptation scolaire qui les préoccupe considérablement et compromet souvent l'équilibre du milieu familial; ils peuvent également consulter pour des inquiétudes concernant le développement de l'enfant: motricité, langage, intelligence.

Le médecin résident offre à ces parents non seulement une écoute adaptée, sans les bousculer, mais fournit également un examen pédiatrique complet incluant une évaluation du développement de l'enfant ainsi qu'une opinion sur les problèmes présentés et sur les orientations générales à donner au cas.

L'ensemble de ces actes professionnels (entrevue, examen conventionnel et évaluation du développement et du comportement) est observé par un groupe de consultants : professeurs seniors de pédiatrie, professeurs et consultants des départements de psychiatrie et de psychologie. À la fin de l'entrevue, une session de rétroaction pédagogique est ménagée où la technique d'entrevue et d'examen, le comportement du résident, la qualité de ses recommandations sont discutés de façon collégiale dans un but constructif d'apprentissage.

L'objectif pédagogique majeur qui sous-tend les activités de cette clinique est de fournir aux futurs pédiatres un modèle d'activité professionnelle prenant en considération l'enfant comme une partie d'un ensemble dynamique : famille et milieu social, événements et stress touchant le ou les parents. En un mot, c'est une approche écologique de l'enfant qui est présentée et qui permet aux pédiatres d'acquérir des aptitudes professionnelles précises et une vision « holistique » de l'enfant.

Cette meilleure connaissance du développement de l'enfant, des facteurs qui l'influencent et des méthodes d'intervention précoce permet probablement d'aménager de façon préventive des situations potentiellement dommageables dans le domaine de la santé mentale.

La clinique de développement s'adresse à des enfants de 0 à 5 ans, parfois à de jeunes enfants des premières années scolaires, et remplit des fonctions d'évaluation, d'orientation, de guide et d'interventions brèves dans le domaine du développement et du comportement.

Une évaluation faite par téléphone auprès de la clientèle a permis de dégager un degré de satisfaction considérable par rapport à la qualité des soins prodigués dans cette clinique. Une évaluation auprès des résidents impliqués depuis deux ans (au-delà d'une vingtaine) a conduit également à mettre en évidence leur satisfaction à l'égard de l'enseignement reçu et leur nouvelle perception de la pratique de la pédiatrie. Il reste cependant à évaluer si les attitudes et les aptitudes enseignées et acquises se perpétuent dans la vie professionnelle ultérieure. C'est ce qui est souhaité.

La réalisation des objectifs pédagogiques poursuivis par la clinique de développement a été jugée suffisante pour que les activités cliniques qui s'y déroulent depuis deux ans soient insérées dans un stage obligatoire et officiel intitulé « Pédiatrie du développement » et offert à tous les résidents de 2e année du programme post-gradué du Département de pédiatrie de l'Université de Montréal depuis le mois d'août 1984.

8. Des orientations souhaitables pour notre milieu

Même si l'étude que constitue cet Avis est très partielle et incomplète pour pouvoir répondre au mandat confié au C.S.M.Q., on y retrouve quand même un grand nombre de données susceptibles d'indiquer des orientations tant aux intervenants de nos réseaux qu'à ceux qui cherchent à définir une politique de santé mentale pour le Québec. Compte tenu de ce qu'il a perçu dans notre milieu, le C.S.M.Q. a retenu un certain nombre d'orientations pour l'action qu'il a jugé utile de proposer. Beaucoup d'autres auraient pu être choisies; elles n'ont pas été exclues parce que moins bonnes ou moins importantes mais tout simplement parce que le temps a manqué pour y réfléchir. Il faut donc percevoir ce qui suit plutôt comme des éléments pour susciter et organiser la réflexion pour l'action sans attribuer aux choix faits d'intention restrictive ou limitative.

1. Mettre l'accent sur ce qui est plus proprement de nature préventive

Les modalités d'interventions qui suivent représentent des modalités vers une approche des professionnels de la santé mentale dont la nature s'identifie de plus en plus à la prévention primaire:

— reconnaître la dimension psychosociale ou de santé mentale dans différents ordres de problèmes individuels et s'en occuper;
— intervenir précocement et de façon éclairée pour aider l'individu à solutionner ses problèmes;
— travailler en équipes pluridisciplinaires dans l'aide apportée aux individus;
— utiliser des approches de groupe pour répondre aux besoins individuels comme l'approche familiale;
— évaluer les ressources thérapeutiques issues de la communauté pour en assurer le maintien et le progrès;
— intervenir avant que les problèmes de santé mentale ne soient présents par des programmes axés sur le développement de diverses compétences, par le dépistage de cas à risque suivi d'interventions préventives appropriées;

— utiliser une approche des milieux et des populations qui évalue les forces des milieux, leur dynamisme tout autant que les conditions de risque qui y prévalent;
— utiliser la concertation à fond non seulement pour régler des problèmes, mais pour développer les conditions communautaires favorisant la santé mentale.

Aucune de ces modalités n'est à négliger et, dans une certaine mesure, chacune conduit en quelque sorte à la suivante. Dans les milieux qui s'occupent de la santé mentale des jeunes, le discours entendu quand les intervenants discutent de prévention se limite presque exclusivement aux cinq premières et a davantage trait à l'amélioration des évaluations et des traitements qui confère à ces interventions un caractère de prévention secondaire. Les efforts dans ce sens et les progrès vers une approche plus globale qu'ils entraînent demandent à être supportés avec tous les moyens nécessaires. Ils sont essentiels. Une approche vraiment globable nécessite toutefois que des efforts soient davantage orientés vers une perspective encore plus élargie, celle qui représente les quelques interventions identifiées ici à la troisième modalité, celle de la prévention primaire en santé mentale.

2. Les conditions de base pour favoriser la prévention

Affermir, clarifier et faire connaître les bases scientifiques de la prévention primaire en santé mentale

Le domaine de la prévention primaire en santé mentale est jeune au plan scientifique et il se situe dans un champ souvent difficile à définir avec précision. À cause de ce caractère, la cause de la prévention paraît fragile. Il lui faut dans quelques lieux stratégiques des soutiens qui témoignent du besoin de sa subsistance et qui contribuent à faire développer ce qui en fonde la substance. La prévention primaire en santé mentale commence à avoir certains fondements scientifiques sérieux qui doivent cependant être approfondis, bien étudiés dans nos centres universitaires, et surtout être expliqués et mis à la portée de ceux qui sont dans l'action selon des modalités dont les paragraphes qui suivent donneront des exemples.

Faire connaître les programmes d'intervention préventive adaptés à notre milieu

Les programmes d'intervention préventive adaptés à notre milieu, ayant démontré des qualités de réalisme, d'adéquation et

d'efficacité doivent être portés à la connaissance de ceux qui pourraient en faire usage en utilisant, pour ce faire, des moyens qui suscitent l'intérêt et facilitent l'action.

Développer et faire connaître les outils et le matériel pour soutenir les activités de prévention

Il faut développer, faire connaître et mettre à la disposition de nos milieux des outils et du matériel de qualité pouvant servir au soutien des activités des programmes de prévention. Il peut s'agir de dépliants, d'affiches, de manuels, de documents audio-visuels, de protocoles, etc. Ce genre de matériel existe déjà en partie, mais son existence est mal connue. Ses usagers potentiels se sentent souvent dans l'incapacité d'en évaluer la qualité et la pertinence ; leur connaissance de ce qui existe est fragmentaire, ils font très rarement face à une gamme de produits qui leur seraient présentés avec la possibilité de faire des choix éclairés. Or, comme dans bien d'autres domaines, c'est souvent la connaissance du matériel concret illustrant bien une idée qui éveille chez un intervenant ou quelqu'un qui ressent un besoin la possibilité d'une action, la direction qu'elle pourrait prendre. Ceux chez qui l'action préventive est en puissance sont comme des bricoleurs qui écartent de leurs choix certains projets jugés impossibles. Lors d'une visite à la quincaillerie, ils peuvent apercevoir un outil nouveau qui, tout à coup, permet de visualiser l'actualisation du projet jusqu'ici écarté. Il existe dans certains établissements de nos réseaux des « matériathèques » où des éducateurs et des soignants vont puiser des indications en même temps que des moyens d'action. Une formule utilisant des moyens modernes permettant une connaissance concrète et claire du matériel de soutien à la prévention devrait être envisagée.

Par ailleurs, il apparaît assez évident que le matériel de soutien à la prévention qui existe est loin de répondre aux besoins. Ce matériel est absent dans certains domaines, il est parfois peu adapté tant dans son contenu que dans sa forme et en fonction des objectifs poursuivis.

L'évolution rapide des moyens audio-visuels d'usage domestique, en particulier les appareils à vidéo-cassettes, permet maintenant d'utiliser à peu de frais un matériel vivant, relativement facile et économique de production, d'utilisation simple et qui peut rejoindre facilement les groupes impliqués dans diverses activités à caractère préventif. Ce type de matériel éducatif offre de grandes possibilités à la condition, bien sûr, que sa qualité comme medium et que la pertinence de son message soient assurées.

Il apparaît donc souhaitable que les organismes ou établissements qui œuvrent dans le domaine de la prévention en santé mentale développent des projets de mise en commun et d'information concernant les outils et le matériel pouvant servir au soutien des activités de prévention. De tels projets devraient particulièrement intéresser les C.L.S.C., les D.S.C. et certains départements ou établissements à caractère universitaire.

Développer la formation dans le domaine de la prévention en santé mentale

La formation universitaire

Dans la revue de la question effectuée sur le sujet pour le C.S.M.Q., Moisan (1984) note qu'au niveau des établissements d'enseignement, la formation à la prévention en santé mentale n'a pas encore trouvé de cadre précis. Alors que dès les années 60 on retrouvait dans la littérature des recommandations à propos de la formation à la prévention primaire, il faut constater aujourd'hui le peu de développement à ce propos. Selon l'étude de Moisan, on retrouve dans les programmes universitaires de formation professionnelle et ce, dans plusieurs disciplines, un contenu relié à la santé mentale. Il s'agit le plus souvent cependant d'une inclusion de la dimension de santé mentale axée sur la reconnaissance du fait psychique et des moyens de s'en occuper de façon plus adéquate. Bien qu'il s'agisse là d'un enseignement nécessaire et utile, ce qui est plus proprement du domaine de la prévention primaire paraît peu touché.

Il ne faut sans doute pas s'étonner du peu de place que semble prendre l'enseignement de la prévention en santé mentale dans nos universités. Cela tient à plusieurs raisons. Le fait que le corpus scientifique relatif à cette prévention soit encore mal structuré, qu'il existe dans nos réseaux peu de programmes de prévention qui puissent servir de modèles à enseigner et où des étudiants pourraient s'intégrer à des stages, le fait que les professeurs attitrés aient peu ou pas d'expérience dans le domaine, tout cela contribue à ce que la prévention en santé mentale trouve peu de place dans les programmes d'enseignement où elle aurait cependant tout avantage à figurer. Ce manque de visibilité dans l'enseignement universitaire enlève à la prévention un caractère de sérieux et de crédibilité nécessaire pour en stimuler le développement. On est placé dans un cercle vicieux. Le manque de programmes bien organisés de prévention en santé mentale dans la communauté fait que l'enseignement et la recherche universitaires s'intéressent relativement peu au

domaine, et qu'on ne développe pas de personnel compétent pour concevoir et administrer de tels programmes, pour les évaluer scientifiquement et en démontrer l'efficacité. Le manque de personnel compétent à son tour fait que les programmes nécessaires ne voient pas le jour ou n'ont pas les caractéristiques scientifiques assez solides pour en faire des modèles attrayants.

Compte tenu du peu d'importance qu'on semble accorder à l'enseignement de la prévention en santé mentale dans les universités, le C.S.M.Q. est d'avis que les écoles, facultés et départements où cet enseignement serait pertinent fassent un effort particulier pour intégrer cette matière aux programmes d'étude. De plus, dans certains programmes clé, des cours avec crédit portant spécifiquement sur la prévention en santé mentale devraient être mis en place. Si on reconnaît la nécessité d'un tel enseignement, il faut lui accorder le soutien voulu en facilitant la constitution d'équipes professorales fortes disposant des outils pédagogiques et du soutien nécessaires. Les quelques cours qui existent déjà doivent être renforcés pour permettre l'élaboration de modèles de plan de cours et de matériel pédagogique qui puissent par la suite permettre la diffusion de cet enseignement.

La formation au sein des réseaux

Déjà dans le réseau des Affaires sociales et en particulier à l'intention des personnes des D.S.C. et des C.L.S.C., quelques colloques et journées d'études ont été créés pour répondre à un besoin évident de connaissances sur des aspects particuliers reliés à la prévention en santé mentale. Dans plusieurs de ces établissements, on facilite l'inscription à des cours susceptibles de contribuer à une compréhension élargie des questions de santé dans une perspective d'approche plus globale. Depuis quelques années, certains D.S.C. ont élaboré des programmes de formation continue surtout à l'intention des infirmières qui œuvrent en prévention. La collaboration des équipes de santé mentale, particulièrement en pédopsychiatrie, et des équipes de C.L.S.C. a, en certains endroits, contribué à une éducation informelle qui a facilité le développement d'attitudes plus adéquates en santé mentale. On ne peut qu'encourager ce genre de travail en commun qui est un élément clé pour une approche plus globale des problèmes de santé mentale des jeunes.

Le temps paraît cependant mûr pour attaquer une autre étape et préparer un programme de formation qui pourrait s'adresser à l'ensemble de cette portion de personnes des C.L.S.C. qui a un rôle à

jouer dans le domaine de la santé mentale des jeunes. Un tel programme devrait être patronné par les associations qui regroupent les C.L.S.C. et les D.S.C. qui, en collaboration, verraient à poursuivre une étude précise de besoins et déterminer des objectifs et des priorités.

Un programme de formation d'envergure provinciale s'étendant sur une période de quelques années pourrait être mis en place par une équipe ou un organisme doté de moyens suffisants et qui serait chargé non seulement de préparer des outils de formation adéquats, mais également des moyens d'évaluer l'efficacité. Un tel programme ne viendrait pas remplacer des initiatives locales ou autres visant à mieux faire comprendre l'action préventive mais il aurait l'avantage de s'attaquer à la question de la formation des personnes du réseau dans une perspective d'ensemble en utilisant une approche systématique bien que souple pour atteindre ces buts. Un appui financier particulier devrait être consenti à cette fin probablement en partie par les organismes concernés mais aussi par d'autres sources, le plus important des appuis demeurant cependant la volonté de collaboration de tous ceux qui seraient nécessaires à la réalisation d'un tel projet.

Les personnels des C.L.S.C. et des D.S.C. ne sont pas les seuls qui pourraient bénéficier d'un programme de formation à la prévention en santé mentale. Ils seraient cependant les plus faciles à rejoindre par un programme plus systématique.

Une partie importante des contenus d'un tel programme pourrait être mise à la disposition de divers responsables de la formation continue susceptibles de rejoindre le personnel hospitalier, les médecins de pratique privée, le personnel des services sociaux et celui des écoles.

Expérimenter des programmes respectant des normes rigoureuses de conception, d'exécution et d'évaluation

Il ressort assez clairement des propos qui précèdent sur la formation, qu'il importe d'établir l'action préventive sur des bases aussi solides que possible. L'un des moyens de le faire consiste à développer et mener à terme des projets expérimentaux dont le suivi et l'évaluation respectent des normes rigoureuses. Si à cet égard il faut continuer d'encourager les initiatives issues des chercheurs universitaires, il y aurait par ailleurs lieu de favoriser l'expérimentation de programmes répondant aux besoins les plus vrais du milieu et qui seraient des entreprises de collaboration impliquant également

des services dont la mission a un caractère préventif et des chercheurs ou spécialistes de l'expérimentation. Il est nécessaire de stimuler la mise en place d'un certain nombre de ces projets d'expérimentation et de démonstration qui pourraient se situer dans un cadre général d'orientation prédéterminé.

À titre d'exemple, un cadre d'orientation pourrait être déterminé par les D.S.C. conjointement avec les intervenants du milieu, en particulier les C.L.S.C., et les universités. Ce qui importe, c'est que ces projets soient menés par ceux qui ont besoin pour remplir leur mission de développer des compétences particulières, qui sont dans l'action et qui peuvent assurer la continuité, la suite, et le développement à cette action dans leurs milieux. Que ces intervenants soient orientés et assistés par des spécialistes divers, des étudiants universitaires ou d'autres est aussi important et nécessaire, mais ils doivent demeurer impliqués activement dans ces processus et ce, avec le soutien voulu. Ce soutien peut tout autant tenir à la façon dont seront gérées leurs conditions de travail qu'à la formation et à la consultation qui leur seront dispensées.

Le but des projets d'expérimentation et de démonstration est de pouvoir servir de modèles. Plus leur objet se rapproche de besoins communément ressentis, plus leur stratégie est appropriée à des contextes perçus comme familiers, plus leurs méthodes sont accessibles et plus leur efficacité paraît claire, plus évidemment ils ont des chances d'être repris pour faire partie du registre des activités courantes. Pour ce faire, il faut qu'ils soient bien connus, ce qui nous ramène au besoin exprimé plus haut concernant la communication de leur existence.

Pour ce qui est du financement de ces projets, on pourrait s'inspirer de ce que le ministère des Services communautaires et sociaux de l'Ontario a fait à cet égard en fournissant un budget spécial pour le support et l'évaluation des projets axés sur la prévention en santé mentale de la population des 0-18 ans.

En résumé, le C.S.M.Q. est d'avis :

— qu'il faut intensifier l'expérimentation de caractère scientifique dans les programmes de prévention en santé mentale ;
— que les universitaires doivent s'intéresser davantage à ce champ et s'associer étroitement aux organismes et établissements engagés dans le champ de la prévention en santé mentale ;
— que les organismes de subvention doivent encourager de façon particulière ce genre d'expérimentation.

Appuyer la recherche portant sur la connaissance des populations et des milieux

La recherche pertinente à la prévention en santé mentale est abondante dans certains domaines fondamentaux où l'action préventive est susceptible d'établir ses bases. Tel est le cas particulier de la recherche sur le développement de l'enfant. Les résultats de ce genre de recherche ont souvent une partie qui transcende les frontières et il n'est pas généralement nécessaire qu'ils soient revérifiés dans nos milieux pour y être appliqués. La question de leur connaissance et de leur assimilation pour la pratique est un autre problème qui ne nous est pas spécifique et qu'il n'y a pas lieu de traiter ici.

La recherche la plus nécessaire pour fonder l'action dans nos milieux est précisément celle qui a trait à notre contexte propre. Il s'agit d'une recherche difficile car pour être utile, elle doit porter sur des aspects ou des parties du contexte dont la connaissance pourra être profitable. Elle exige également beaucoup des chercheurs au plan de la méthodologie car elle repose sur le développement d'outils nouveaux et complexes pour être menée à bien. Cette recherche sur la connaissance des populations et des milieux ne peut être que trans-disciplinaire et doit conjuguer les apports de sciences fort différentes. Les résultats utiles qu'elle produit sont souvent longs à émerger parce qu'ils sont entre autres choses le fruit de l'analyse d'énormes quantités de données. On a rapporté dans cet Avis (chapitre 7) un exemple d'étude écologique en cours par le laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale de l'U.Q.A.M. Ce genre d'étude permet non seulement d'identifier les forces et les faiblesses d'un milieu donné dans l'explication d'une problématique importante mais donne également des moyens d'apprécier la dynamique de ce milieu. À tous les niveaux où l'approche globale de la santé mentale des populations est soulevée, se pose le problème des moyens nécessaires pour connaître la nature et la dynamique de ces milieux. Au niveau des C.L.S.C. par exemple, le manque d'outils adéquats pour ce faire est flagrant.

Au moment où cet Avis est publié, un projet d'enquête Santé-Québec paraît en voie d'être actualisé. Ce projet a nécessité la mise au point d'instruments épidémiologiques qui permettront une certaine évaluation de l'état de santé mentale de la population québécoise, y compris celle des enfants et adolescents. Au cours de la phase d'expérimentation de ces instruments, des données épidémiologiques intéressantes ont déjà été mises à jour. En plus de constituer une mine de renseignements à exploiter, la réalisation de cette

enquête aura permis de développer des outils qui pourraient être réutilisés à des fins encore plus précises ou servir d'autres besoins.

Le C.S.M.Q. est d'avis que les recherches de cette nature doivent être poursuivies car elles sont un élément clé non seulement pour l'élaboration d'une planification globale rationnelle mais pour le développement éventuel de moyens inhérents à une approche communautaire efficace des questions de santé mentale.

Assurer à la prévention un leadership tangible et un soutien officiel fort et engagé

Il ne fait pas de doute qu'actuellement la cause de la prévention en santé mentale commence à acquérir une certaine visibilité. Elle a fait l'objet de colloques particuliers, on en parle davantage et en certains lieux on insiste pour qu'elle soit nommément inscrite dans des programmes. Le simple libellé de la demande du Ministre des Affaires sociales pour ces Avis témoigne aussi d'un souci pour la question.

Rappelons ici la première recommandation que faisait le C.S.M.Q. en septembre 1973 dans un document qu'il produisait sur la prévention dans le domaine de la santé mentale (C.S.M.Q., 1973) :

> « Recommandation 1. Pour affirmer son leadership dans la promotion de la santé mentale, le ministère des Affaires sociales devrait dans chacun de ses programmes où la chose s'applique, considérer et identifier concrètement la dimension de la prévention en santé mentale ».

Le leadership capable de promouvoir la prévention en santé mentale ne s'est pas encore affirmé au Québec. La cause en aurait cependant bien besoin car si en théorie plusieurs lui apportent appui, dans la réalité quotidienne quand il s'agit de l'établir dans des dimensions importantes, elle doit le plus souvent faire doublement ses preuves et n'est effectivement que rarement considérée comme une priorité pour laquelle on s'affairerait à trouver des moyens nécessaires. En passant en revue l'état actuel des programmes de santé mentale dans les États américains, Tableman (1984) affirme avec insistance que rien d'important ne se passe vraiment en prévention dans un état à moins qu'une organisation forte, reconnue, résolument engagée dans sa promotion n'en surveille et épaule le développement de façon continue. Dans l'état du Michigan, cette tâche est accomplie par le Michigan Advisory Commitee for Prevention.

La formule qui conviendrait au Québec reste à trouver mais il ne fait pas de doute que la prévention en santé mentale a besoin d'un leadership visible, puissant et respecté si on veut qu'elle joue le rôle qu'on attend d'elle. Le C.S.M.Q. est d'avis que dans l'élaboration d'une politique en santé mentale, cette question devrait faire l'objet d'études particulières.

3. Accorder une meilleure attention à la santé mentale des 0-5 ans

Favoriser le développement psycho-affectif et social des 0-5 ans

Le récent rapport *Objectif: santé* (C.A.S.F., 1984) retient des objectifs prioritaires d'amélioration de la santé mentale pour les enfants de 0 à 5 ans:

— diminuer le nombre de naissances présentant de graves anomalies ainsi que l'impact de ces anomalies pour l'enfant et sa famille;

— favoriser le développement affectif et social des enfants de 0 à 5 ans.

Pour atteindre ces objectifs, le rapport juge essentiel:

— de renforcer le rôle joué par les services de première ligne dans la détection et le traitement des troubles de développement des jeunes enfants et la continuité dans leur suivi;

— de favoriser le développement des groupes d'entraide destinés à informer et soutenir les parents les plus démunis;

— d'accroître l'accessibilité à des ressources intermédiaires telles que les prématernelles en milieu défavorisé.

Le C.S.M.Q. est désireux d'appuyer ces objectifs et ces moyens dans la vision qu'il a tenté de développer d'une approche plus globale de la santé mentale des jeunes. La prise de conscience de l'importance capitale de la petite enfance dans la construction de l'individu et de sa personnalité ne peut en effet qu'inciter à rechercher les moyens qui garantiront le meilleur départ possible à cette aventure que constitue la vie humaine. Et, comme le dit Bouyala (1982) « la *petite enfance est au coeur de toute politique de prévention*: contre les inégalités sociales, contre le sexisme, contre le racisme, la seule lutte efficace est celle qui prend le mal à la racine, c'est-à-dire à la prime enfance. De même, le dépistage des handicaps doit être le plus précoce possible, et l'insertion des petits handicapés intervenir dès la crèche [garderie] et l'école maternelle ».

C'est dans le cadre d'une approche d'ensemble de la petite enfance que la dimension de la santé mentale peut être la mieux servie et il serait souhaitable qu'émerge dans notre milieu une politique de la situation de la petite enfance.

Intervenir précocement dans les situations à risque

Les services, les interventions, les ressources, les appuis destinés à la petite enfance doivent avant tout être orientés vers la promotion de la santé dans toutes ses dimensions et viser toute cette population et non seulement les groupes minoritaires en difficulté, et ces éléments ne peuvent dissocier les besoins de l'enfant de ceux de sa famille. L'action d'intervention précoce auprès des populations à risque est très souvent rendue inefficace par l'absence ou l'insuffisance des dispositifs requis pour tous. Ceci dit, on peut considérer les besoins particuliers de populations à risque où l'intervention préventive précoce est indiquée. Qu'il s'agisse d'interventions compensatoires pour les enfants présentant des handicaps graves ou d'interventions préventives là où il n'y a pas de handicaps constitutionnels mais où l'adaptation se fait avec difficulté, les données actuelles sur la question établissent quelles devraient être les caractéristiques de l'intervention précoce (Terrise et Boutin, 1984):

— l'intervention doit être entreprise dès le plus jeune âge et dès que le handicap est détecté ou les difficultés « appréhendées »;
— l'intervention doit être structurée, individualisée si nécessaire et soumise à une évaluation continue;
— l'intervention doit impliquer les parents;
— l'intervention doit se situer dans le cadre d'une approche de milieu;
— l'intervention doit rester dans une limite de coûts supportables par la collectivité.

Il y aurait beaucoup à dire sur tous les énoncés précédents. Nous nous bornerons à souligner quelques conditions susceptibles de contribuer à améliorer la santé mentale des 0-5 ans à risque.

Par le dépistage et l'évaluation

Le dépistage des situations de risque peut se faire par divers agents: médecins, infirmières, travailleurs sociaux et autres dans le cours de leurs activités professionnelles habituelles; il résulte également d'activités systématiques à caractère périodique. Le dépistage, en particulier pour ce qui touche les problèmes de santé mentale, ne

peut se limiter à l'application pure et simple de tests même si ceux-ci peuvent être fort utiles. Il est aussi et parfois surtout le fait d'intervenants avertis capables de rechercher et discerner « le besoin méconnu ou la demande qui ne peut pas se formuler » (Soulé et Noël, 1983).

Tout problème dépisté doit faire l'objet d'une évaluation utile. Si un nombre important de problèmes de développement identifiés même précocement n'entraînent pas de plans d'aide adéquats, c'est sans doute que leur évaluation se limite à un diagnostic ou à la constatation de déficiences particulières. On néglige l'évaluation fonctionnelle de l'ensemble de l'individu, de son milieu et des ressources dont il dispose pour compenser ces mêmes déficiences. Dans ces conditions, l'évaluateur dont la préoccupation principale est d'établir un constat de normalité ou d'anormalité, de présence ou d'absence de pathologie, peut être porté à une attitude d'attentisme, démobilisatrice, même décourageante pour ceux qui ont besoin de son aide. Plusieurs intervenants ont cette attitude face à des problèmes de développement ou de santé mentale parce qu'ils se sentent dépourvus, n'ayant pas reçu la formation voulue pour faire mieux ou utilisant des méthodes d'examen trop limitatives ou ne conduisant qu'à des enseignements trop vagues sur le fonctionnement psychomoteur ou psychosocial. La formation médicale, par exemple, demeure généralement déficiente à cet égard en grande partie à cause du nombre insuffisant des modèles de pratique démontrant l'approche souhaitable lors des stages en milieu hospitalier. À cet égard, l'expérience pédagogique liée au fonctionnement de la nouvelle Clinique du développement de l'hôpital Sainte-Justine est à suivre.

Un outil comme le questionnaire de Denver pour le dépistage en matière de développement (Denver Developmental Screening Test) semble avoir fait la preuve de son utilité et de sa fiabilité lorsqu'administré convenablement. Les renseignements qu'il fournit en rapport avec l'affectivité sont cependant limités. Lors des visites qu'elles effectuent à domicile, les infirmières du programme post-natal souhaiteraient posséder un instrument ou une méthodologie qui leur permettrait de mieux comprendre la nature de l'environnement où évolue le jeune enfant. Un instrument de ce type existe : le Home Observation for the Measurement of the Environment Inventory (Caldwell et Bradley). Cependant, bien qu'il soit susceptible de fournir des renseignements précis et valables, cet instrument est actuellement plus approprié pour éclairer l'action que pour être utilisé lors de visites à domicile à cause surtout de la durée requise pour son application (1 à 3 heures). Un rapport récent (Comité Santé

des jeunes des D.S.C. de la région de Montréal, 1984) mentionnait qu'une équipe de recherche de Denver travaillerait à en tirer un questionnaire d'utilisation plus facile. On ne peut que souhaiter que soit expérimenté et évalué dans notre milieu l'usage d'outils de dépistage et de première évaluation qui favorisent la prise en considération des aspects psychosociaux de la santé des jeunes enfants. En effet, l'idée n'est pas d'utiliser le dépistage comme une solution technique aux problèmes mais de développer les aptitudes à mieux reconnaître la dimension de la santé mentale et les problématiques qui y sont attachées.

En améliorant l'aide aux cas présentant des problèmes majeurs

Qu'il s'agisse d'enfants présentant des handicaps physiques ou intellectuels importants, des problèmes affectifs graves tels que psychose ou conditions similaires, des comportements difficiles caractérisés par l'impulsivité et l'hyperactivité, des réactions à des carences graves de natures diverses, on est souvent face à des situations où un nombre important d'intervenants se sentent démunis. La solution de ces situations est, la plupart du temps, difficile, complexe, requiert énormément de moyens, exige beaucoup de persévérance. S'il est des situations où la concertation s'avère essentielle c'est bien dans ces cas.

Cette concertation commence au niveau de l'évaluation des besoins et des ressources de l'enfant et de sa famille où elle requiert la collaboration d'intervenants de diverses disciplines et souvent de plusieurs niveaux de spécialisation. Dans un premier cas, l'évaluation est en grande partie assumée si possible localement de façon multidisciplinaire mais à un niveau de spécialisation peu poussé. On peut alors, mais pas toujours, recourir à des spécialistes dans d'autres centres pour compléter l'évaluation et obtenir des renseignements qui seront d'utilité variable en vue de l'établissement d'un plan d'aide. Dans un deuxième cas, l'évaluation est assumée en centre spécialisé, par des équipes parfois bien coordonnées, parfois moins, assez en mesure d'apprécier les ressources fonctionnelles de l'enfant, possiblement celles de sa famille, mais plus ou moins aptes à apprécier les ressources communautaires du milieu où vit l'enfant à moins qu'elles n'y soient géographiquement intégrées. La qualité de l'évaluation, sa vérification périodique à mesure que la situation de l'enfant évolue, son adaptation pour aider à l'orientation ou la réorientation d'un programme d'aide, se révèlent très variables selon les milieux, étant possiblement plus adéquate quand les

parents de l'enfant sont plus débrouillards et exigeants, l'étant souvent moins quand ils sont défavorisés et dans le besoin d'une attention plus grande.

Un même type de situation se retrouve dans l'application des programmes de soins. C'est à ce niveau que les services locaux, surtout là où l'éloignement des centres spécialisés en limite l'accessibilité, ont besoin de mettre en commun toutes leurs énergies et leurs ressources pour offrir une aide adéquate, polyvalente et continue. Les enfants qui ont des problèmes graves et leurs familles ont en effet un vécu difficile qui requiert beaucoup plus que des interventions techniques fonctionnelles ou répétées de façon plus ou moins périodique. C'est une assistance au niveau du vécu quotidien qui leur fait si souvent défaut. Il pourrait la trouver auprès de divers professionnels, dans les C.L.S.C., les C.S.S., auprès d'organismes bénévoles d'entraide, de garderies. Si l'aide disponible est souvent de bonne qualité, il faut noter qu'elle est en général surtout individuelle et loin de résulter de l'ensemble de cette concertation dont on a donné quelques exemples dans un chapitre précédent. Il faut souligner ici le poids affectif et la stress que peut représenter pour un intervenant la prise en charge d'un cas lourd surtout si cet intervenant se sent seul, qu'il est jeune, sans beaucoup d'expérience et qu'on attend de lui qu'il se débrouille avec une gamme de problèmes qu'il parvient mal à cerner et comprendre. Cette situation est plus fréquente qu'on ne le pense. Elle peut facilement conduire à l'abandon de cas « non motivés », à la prise de mesures plus ou moins valables, au « burn out ». La tendance qu'on peut avoir en certains milieux de travailler en vase clos, ou la difficulté qu'on éprouve à trouver de l'aide de l'extérieur peuvent expliquer en partie ce genre de situation. Pour trouver l'aide voulue, un certain nombre de C.L.S.C. ont ouvert leurs portes à des consultants faisant partie d'équipes pédopsychiatriques. Ces équipes peuvent apporter une contribution précieuse tant au niveau de l'expertise que du soutien pour assumer au niveau local des soins plus appropriés aux besoins des cas lourds. D'autres spécialistes des troubles de développement de l'enfant, rattachés à des Centres d'accueil ou des Centres hospitaliers, peuvent également jouer un rôle semblable.

Certains C.L.S.C. ont contribué à mettre en place des haltes-garderies où il arrive que se retrouvent plusieurs jeunes enfants présentant des troubles divers de développement. Au C.L.S.C. de Farnham par exemple, la consultation fournie à quelques reprises par une ergothérapeute et une psychologue expérimentées auprès de jeunes enfants présentant des problèmes affectifs et de dévelop-

pement a permis à peu de frais d'améliorer de façon notable les services rendus aux enfants. Le même genre de consultation par des orthophonistes ou physiothérapeutes habitués de travailler avec des jeunes enfants serait également très souhaitable. Il s'agit là d'un type de service particulièrement efficace, peu coûteux, susceptible d'épargner temps et argent mais souvent aussi très difficile à organiser parce que personne ne paraît responsable pour "autoriser, les établissements où se trouvent ce personnel pensant d'abord à servir les clientèles de l'hôpital ou du centre auxquels ils sont attachés. On pourrait envisager que les D.S.C. assument la responsabilité de constituer des petites équipes régionales de divers spécialistes dont le rôle serait de servir de consultants au personnel des C.L.S.C. et des garderies prenant charge de groupes de jeunes enfants. La consultation effectuée par le C.S.M.Q. auprès des organismes a, par ailleurs, fait ressortir que sauf quelques exceptions, peu de processus réguliers de collaboration concertés existeraient entre, d'une part, les équipes pédopsychiatriques et, d'autre part, les équipes de la D.P.J. et des C.S.S. s'occupant des jeunes enfants. Le problème des enfants placés, étudié antérieurement par le C.S.M.Q., soulève encore bien des inquiétudes chez plusieurs.

Améliorer la formation des intervenants qui œuvrent auprès de la petite enfance

Dans l'ensemble, les intervenants qui œuvrent en première ligne en relation avec la petite enfance n'ont pas, compte tenu de l'évolution récente des connaissances dans le domaine du développement de l'enfant, le niveau de formation souhaitable qui les rendrait raisonnablement à l'aise pour travailler auprès des populations à risque. Ceci n'est pas propre à notre milieu et ne témoigne pas nécessairement d'une incurie de nos établissements de formation. Cela devrait cependant être une incitation pour tenter d'améliorer cet état de fait.

Au niveau de la formation professionnelle universitaire, trop peu d'étudiants d'ergothérapie, d'éducation spécialisée, de psychologie, de sciences infirmières et de service social entre autres, qui dans leur pratique ultérieure seront confrontés avec des problèmes de la petite enfance, développent un intérêt majeur pour ce secteur et y effectuent des stages pratiques. Trop souvent, les stages ne permettent qu'une sensibilisation sans possibilité d'approfondissement dans des milieux vraiment pluridisciplinaires. La formation à un niveau plus avancé paraît rare dans le secteur de la petite enfance. En pédopsychiatrie, l'intérêt pour la psychopathologie du nourrisson se

développe mais les champs de formation pratique sont limités. Alors que la problématique psychopathologique des jeunes enfants est recontrée en majeure partie par le personnel des C.L.S.C., de la D.P.J. et des C.S.S., les futurs pédopsychiatres n'ont que très peu l'occasion de prendre de l'expérience dans ces milieux. La situation pourra changer quand la pratique même de la pédopsychiatrie se sera rapprochée de ces champs d'exercice.

Pour ce qui est des intervenants travaillant dans les réseaux de services qui œuvrent en petite enfance, leur compétence peut s'accroître par une formation continue informelle développée à l'occasion d'échanges interdisciplinaires, par la participation à différents niveaux de concertation et lors de consultations qui devraient être régulières avec des professionnels spécialisés dans divers aspects du développement des jeunes enfants. Certains D.S.C. ont offert des séries de séminaires dans ce domaine à des groupes d'infirmières de leur territoire. Il serait souhaitable qu'un programme de formation d'ensemble sur la petite enfance destiné par exemple aux intervenants des C.L.S.C. soit mis en place. Les activités d'un tel programme pourraient prendre des formes adaptées au besoin et leur efficacité, faire l'objet d'évaluation.

La place des C.L.S.C. dans les programmes destinés à la petite enfance

Bien qu'il n'incombe pas aux C.L.S.C. seulement de s'occuper de la petite enfance et bien que des associations bénévoles et divers services des réseaux de l'éducation, de la santé et des services sociaux aient un rôle important à cet égard, la mission qui a été confiée aux C.L.S.C., leur nombre, leur répartition sur l'ensemble du territoire québécois, l'organisation même de leurs services leur confient un statut à nul autre pareil pour jouer un rôle clé dans le cadre d'une approche globale des questions de développement et de santé mentale de la petite enfance.

4. Mieux répondre aux besoins des enfants hospitalisés

L'hospitalisation, avec tout ce qu'elle peut comporter, peut être vécue par l'enfant et ses parents comme une expérience particulièrement stressante. Dépendant de la nature de la maladie qui l'occasionne, des circonstances de la vie de l'enfant et de la famille où elle se situe, du vécu qui la caractérise, elle peut ne laisser que peu de traces dans le psychisme de l'enfant, parfois être une occasion de développement mais aussi elle peut constituer un traumatisme sus-

ceptible de laisser des marques durables. Les hôpitaux d'enfants et les services de pédiatrie des hôpitaux généraux sont maintenant beaucoup plus conscients des besoins affectifs de l'enfant hospitalisé et, à plusieurs endroits, on a modifié les politiques de soin pour en tenir compte. Il y a cependant beaucoup de place pour l'amélioration et il apparaît opportun de rappeler dans le cadre de cet Avis la prise de position de l'Association pour promouvoir la santé de l'enfant sur le rôle des programmes des services éducatifs des hôpitaux. Les rôles principaux de ces programmes sont les suivants:

Minimiser le stress et l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent

1. Favoriser les occasions de jeux et autres expériences qui encouragent l'expression des sentiments et développent une maîtrise et une compréhension des expériences médicales. Pour ceci, il est nécessaire d'avoir du personnel qualifié, d'utiliser du matériel adéquat et de promouvoir l'utilisation du jeu médical.
2. Accroître les possibilités d'un entourage familier en encourageant, supportant et fournissant:
   a) des programmes dans la communauté pour familiariser les enfants avec l'hôpital;
   b) des visites d'orientation en préadmission;
   c) du matériel d'information aux enfants, adolescents et parents;
   d) l'effort pour familiariser l'enfant avec son nouvel entourage lors de l'admission;
   e) des explications claires à l'enfant concernant l'ordre, la nature et la raison des différents examens ainsi qu'une présence de soutien;
   f) un environnement physique adéquat pour les groupes d'âges impliqués.
3. Maintenir la relation de l'enfant avec ses parents et les autres membres de sa famille:
   a) encourager le développement des politiques en rapport avec les visites des parents en tout temps pendant la journée, la cohabitation parents-enfant et la présence des parents lors de situations stressantes pour l'enfant;
   b) donner aux parents l'occasion de continuer activement leur rôle;
   c) mettre les parents au courant des sentiments et du comportement de leur enfant et leur apporter un support en étant attentif à leurs besoins;

d) favoriser les visites de la famille et des amis.

4. Favoriser des relations de support (ou d'accompagnement) qui soient chaleureuses et impreignées d'empathie, de respect et de compréhension des divers stades du développement de la personne.

Favoriser les expériences essentielles de vie

1. Encourager le jeu et autres expériences qui favorisent la croissance et le développement prévenant ainsi des réactions négatives dûes à l'hospitalisation;
2. Favoriser des activités qui rapellent le chez-soi telles que cuisiner, jouer dehors et manger en groupe;
3. Favoriser un programme scolaire à l'hôpital avec du personnel enseignant compétent et des classes appropriées;
4. Souligner les événements spéciaux (fête de Noël, Pâques, etc.).

Favoriser la conservation de l'estime de soi et de l'indépendance

1. Assurer à l'enfant son identité propre;
2. Encourager les bénéficiaires à prendre part aux décisions dans la mesure du possible;
3. Favoriser la prise de responsabilité;
4. Encourager l'accès à l'équipement et aux installations qui favorisent un maximum d'indépendance mettant ainsi en valeur le processus de la réadaptation;
5. Accroître le sentiment de compétence en favorisant la créativité et le succès dans diverses expériences.

La présentation des orientations souhaitables de l'action en santé mentale dont il a été question jusqu'ici a été faite d'une façon plus élaborée que celle qui suit. La principale raison en est que les propositions qui s'y trouvent n'avaient pas fait l'objet d'un traitement bien particulier dans le corps de cet Avis. Par contre, les propositions qui suivent découlent de thèmes dont il a davantage été question dans les chapitres précédents et il n'a pas été jugé opportun d'en reprendre l'exposé. Il s'en suit que ces propositions, bien que succinctement présentées, ne sont pas, dans l'esprit du C.S.M.Q., moins importantes que les autres.

5. Développer une philosophie d'action axée sur les aspects positifs de la santé mentale

Dans le chapitre qui traite des facteurs qui conditionnent ou influencent la qualité de la santé mentale, on a tenté de mettre l'accent autant sur la compétence que sur les facteurs de risque et de vulnérabilité. La promotion de la santé mentale qui s'adresse à la population en général, y compris les populations à risque, est un élément cardinal de toute approche globale de la santé mentale des enfants et adolescents. L'accent mis sur la promotion de la compétence des individus, des familles, des groupes en santé mentale a comme fondement une vision des questions de santé mentale qui, sans nier les difficultés, les problèmes, les déficiences, s'attache de façon particulière à identifier et rechercher les capacités et à favoriser leur actualisation.

Une telle vision reconnaît chez les individus la valeur de l'autonomie et s'efforce de comprendre les conditions et les moyens par lesquels elle est susceptible de s'exercer à leur meilleur avantage. Elle n'implique pas que, face à des problèmes de santé mentale, enfants ou parents soient abandonnés à leurs difficultés, mais elle requiert chez les intervenants des réseaux de services le développement d'attitudes et de compétences nouvelles et, en particulier, celle de stimuler ou d'épauler le développement et l'usage des ressources communautaires aptes à soutenir l'exercice et la croissance des aptitudes humaines.

6. Reconnaître le rôle primordial des parents et le fait qu'ils sont les artisans du développement de leur propre compétence

Les parents doivent être épaulés et stimulés au besoin pour se prendre en charge collectivement

On reconnaît d'emblée l'influence fondamentale des parents et de la famille sur la santé mentale des enfants et des adolescents. On reconnaît également la lourde tâche des parents qui éduquent leurs enfants et veulent les rendre heureux. Nombreux sont les parents qui souhaitent de l'aide ou la recherchent pour ce faire. S'il existe des moyens variés de dispenser cette aide aux parents qui cherchent à accroître leur compétence, une aide qui devrait être adaptée aux conditions et moyens de chacun, le C.S.M.Q. est d'avis qu'il y a lieu de favoriser certaines modalités de développement de la compétence parentale. Ces modalités s'inspirent de la vision

évoquée au paragraphe précédent et qui reconnaît chez les individus la valeur de l'autonomie. Le parent compétent n'est pas qu'un technicien qui applique des règles éducatives édictées par quelque autorité scientifique ou morale ; c'est d'abord un être humain qui a besoin de s'estimer et d'avoir confiance en lui ; c'est aussi un citoyen apte à s'intégrer dans son entourage et sa communauté et à bénéficier des ressources disponibles.

Plusieurs des exemples du milieu québécois présentés au chapitre 7 illustrent ces modalités de soutien de l'action parentale dont le but est de faciliter aux parents la prise en main de leur propre développement. C'est en s'appuyant les uns sur les autres, en partageant des préoccupations et des problèmes communs, en explorant des types de solutions qui sont à leur portée et en développant un sens de solidarité que les parents sont les plus à même de bâtir et d'entretenir la confiance en soi qui est si nécessaire à l'exercice de leur rôle.

Dans cette perspective, le rôle de conseiller ou de guide individuel de nombreux intervenants aurait avantage à être complété et même souvent avantageusement substitué par un rôle plus efficace de celui ou celle qui facilite cette prise en charge des parents par eux-mêmes. Dans certaines activités, comme au cours prénatal, ceci peut commencer en créant des situations qui permettent aux futurs parents d'aborder les thèmes et d'exprimer les sentiments qui leur sont vraiment propres et d'en discuter en toute liberté. Dans le cas de parents défavorisés, l'action des intervenants pourra être d'épauler des regroupements qui facilitent l'émergence de capacités nouvelles à satisfaire des besoins individuels et collectifs fondamentaux. Ailleurs, ce sera d'offrir un soutien technique, une collaboration ponctuelle en réponse à un besoin exprimé. L'idée centrale est que, dans l'immense majorité des cas, les parents demeurent les mieux placés pour trouver ce dont leurs enfants ont besoin au plan psycho-affectif et pour le leur fournir. Si l'incertitude qui caractérise notre milieu et notre époque rend tant de parents incertains quant à leur rôle parental, ce n'est pas dans la dépendance des intervenants, fussent-ils les mieux intentionnés et qualifiés, qu'ils parviendront à lever cette incertitude. C'est davantage en puisant activement dans leurs ressources personnelles et en actualisant par des moyens qui leur sont propres leurs capacités individuelles qu'ils peuvent affirmer le sentiment et la capacité de contrôle qui permettent de choisir et d'utiliser de façon adaptée les connaissances et les moyens offerts par les autres. Tout ceci, les parents peuvent le faire beaucoup mieux ensemble que seuls et c'est ce qu'un nombre important

d'entre eux font déjà au sein d'organisations et d'associations diverses qu'ils ont eux-mêmes créées. Il manque à certaines populations de parents moins aptes à s'organiser où en proie à des difficultés particulières l'initiative ou les moyens pour commencer à se prendre en main. C'est là surtout que les intervenants de nos réseaux publics de services peuvent jouer le rôle d'un professionnel qui facilite et soutient en transformant, du moins en partie, l'exercice traditionnel de leur rôle.

Porter une attention particulière aux besoins des familles qui vivent des divorces et des séparations

Les processus très souvent douloureux qui conduisent à la séparation et au divorce des parents et ceux qui caractérisent les réorganisations familiales qui s'ensuivent peuvent taxer énormément la qualité de la disponibilité affective des parents envers les enfants et le vécu de la compétence dans l'exercice du rôle parental. Il s'agit là d'un phénomène important et relativement nouveau dans la société québécoise dont la portée sur la santé mentale des jeunes est difficile à mesurer. Le C.S.M.Q. n'a pu étudier cette importante question de façon satisfaisante dans le cadre du présent Avis mais il lui apparaît que plusieurs mesures pourraient être développées pour réduire l'impact négatif possiblement durable de ces situations de séparation. Le processus judiciaire qui se rapporte aux droits de garde et de visite est dans l'ensemble encore loin d'être organisé pour favoriser la collaboration optimale des parents à cette étape de la vie de l'enfant où il a grand besoin d'un minimum de stabilité et de sécurité. Il semble y avoir encore trop peu d'intervenants de premier recours consultés à l'occasion des situations qui précèdent, entourent et suivent les séparations et divorces qui sachent bien définir ces situations dans une perspective d'aide possible à tous les impliqués. Les services qui peuvent alors fournir une assistance efficace semblent aussi trop peu nombreux ou trop peu connus. D'une façon générale et à partir d'un examen très rapide de la question, on a cependant l'impression qu'elle est loin d'avoir reçu toute l'attention qu'elle mériterait.

7. Privilégier une approche écologique face aux besoins de santé mentale des adolescents

Au cours de ses consultations, le C.S.M.Q. a rencontré plusieurs intervenants qui ont fait état de l'ampleur et de la gravité des difficultés que vivent un nombre imposant d'adolescents et d'adolescentes. L'ampleur et la variété des problèmes de ces jeunes sont

aussi exposées avec évidence au chapitre qui traite des ressources du réseau de l'éducation et de celui des services sociaux. Toute cette problématique de l'adolescence mériterait une étude en soi et dans cet Avis, le C.S.M.Q. est bien conscient de ne l'avoir aperçue que de loin. Sans prétendre vraiment bien connaître la réalité de la situation vécue par les adolescents et adolescentes du Québec, le groupe de travail du C.S.M.Q. a retenu de ses rencontres de consultation qu'une bonne façon de répondre aux besoins et problèmes des jeunes c'est d'abord de bien comprendre le contexte où ils se situent pour agir ensuite tout autant, sinon plus, sur le contexte que sur les individus. Les orientations qui suivent illustrent bien cette façon de voir.

Une école de qualité où sont favorisées des stratégies globales d'intervention

Il existe sans doute beaucoup d'écoles secondaires qui offrent aux élèves des milieux de vie propices à leur épanouissement. Comme ces écoles ne suscitent pas de problèmes alarmants, on s'attache semble-t-il moins à étudier et définir ce qui en fait le succès. Par contre, les écoles où les problèmes des élèves sont plus nombreux ou voyants attirent davantage l'attention. Quand de telles écoles réussissent à changer l'image négative qu'on a d'elles, c'est le plus souvent non pas en traitant les problèmes qu'elles vivent avec leurs élèves à la pièce mais en remettant en cause la mentalité qui fonde leur action et en dépassant les symptômes pour aller aux facteurs plus larges dont ils sont l'expression.

L'école de qualité a des valeurs cohérentes et clairement identifiées: elle offre aux élèves quels qu'ils soient un climat où ils se sentent acceptés et respectés et où ils perçoivent qu'on a du souci pour eux. Habituellement, la direction d'une telle école a l'élève comme premier intérêt et elle est capable d'assurer un leadership moral et pédagogique qui permettra de transformer cet intérêt en réalité dans toute la vie de l'école. Le chapitre sur le réseau scolaire décrit quelques-unes des dimensions qui forment la qualité de l'école et les stratégies les plus susceptibles de transformer ce milieu quand il en a besoin. On y fait par ailleurs ressortir à juste titre le soutien dont cette école a besoin et le fait qu'elle joue davantage son rôle quand elle l'exerce en complémentarité et avec la collaboration des communautés dont elle fait partie.

Des tables de concertation-jeunesse impliquant le plus largement possible les instances communautaires

Dans différents milieux, les intervenants soucieux d'aider les jeunes en difficulté ont entrepris de se réunir à des tables de concertation avec le souci de mettre en commun leurs perceptions des problèmes des jeunes, de développer des stratégies pour mieux leur venir en aide, de réexaminer leurs rôles et possiblement les réorienter. Souvent, ces tables conduisent à constater que, sous des problèmes en apparence multiples, se cachent des besoins de base des jeunes qu'il n'appartient pas directement et d'abord à des services sociaux ou de santé de combler. C'est, par exemple, l'absence de ressources de loisir adéquates, de lieux de rencontre, de moyens de s'occuper utilement, d'exercer ses capacités, de recevoir un soutien de ses pairs ou de figures parentales qui explique le désarroi, la recherche de moyens d'évasion ou des façons d'affirmer sa révolte ou son désespoir face à l'échec du vécu de l'adolescence. Les participants aux tables de concertation qui réalisent cette situation n'ont pas beaucoup d'autres choix alors que de tenter d'élargir l'horizon même de cette concertation en y attirant la plus large participation possible de toutes les instances communautaires à qui il appartient de contribuer à la création de milieux où les jeunes peuvent sentir qu'ils ont une place. Une table de concertation connue qui paraît particulièrement animée de cet esprit et de cette largeur de vue est celle de Drummondville. Son action et son organisation sont succinctement décrites aux chapitre 7 de cet Avis.

Aller au devant des jeunes en difficulté qui ne demandent pas d'aide

Un nombre important de jeunes caractérisés par de graves carences relationnelles sont démotivés, sans point de repère, laissés à eux-mêmes, sans relation avec des adultes pouvant leur servir de modèle; ces jeunes isolés sont extrêmement vulnérables aux marchands d'illusion.

Il apparaît primordial que les intervenants des services sociaux, par le biais d'interventions dans les milieux de vie comme celle des travailleurs de rue, s'impliquent de façon assidue dans des activités de dépistage, de prévention et d'aide. Plus les interventions se feront rapides, nombreuses et répétées, plus les chances seront grandes de pallier des problèmes qui risquent de prendre de l'ampleur et d'avoir des conséquences graves.

Il apparaît nécessaire d'aller au-devant de ces jeunes, de les dépister précocement dans leurs milieux pour les orienter par la suite vers les ressources les plus aptes à répondre à leurs besoins. Étant donné le nombre de jeunes de 12 à 18 ans vivant dans notre société des problèmes qui nous préoccupent au plus haut point et dont les conséquences sont alarmantes (suicide, fugue, abandon scolaire, délinquance, usage irresponsable de drogue et d'alcool, grossesse indésirée, prostitution), le C.S.M.Q. recommande que soit reconnu, appuyé et développé le travail de dépistage dans les milieux de vie des adolescents (écoles, arcades de jeux, centres d'achats, parcs, etc.) afin de favoriser pour eux des actions rapides et soutenues.

Des communautés qui font une place aux jeunes

On a mentionné plus haut à quelques reprises l'importance pour les adolescents de trouver dans leur milieu des conditions qui leur permettent de satisfaire les besoins de base propre à cet âge. Les possibilités de loisirs attrayants et sains doivent être facilement accessibles à cet âge d'énergie débordante, que ce soit dans le domaine des activités physiques, sportives ou culturelles. Il s'agit là d'activités qui nécessitent souvent des équipements particuliers relevant des administrations municipales ou scolaires. Il faut veiller à ce que ces équipements ne servent pas d'abord que les plus favorisés ou les élites en oubliant que si la compétition qui y prévaut peut être parfois stimulante, elle peut aussi devenir une valeur qui éloigne les moins habiles ou les plus vulnérables. Le choix du personnel qui anime ces ressources communautaires est très important; il en est de même de la participation des adultes bénévoles dont la présence, dans nombre d'activités mises à la disposition des adolescents, pourra témoigner de la solidarité du monde adulte à leur égard en fournissant au besoin l'occasion de relations dont l'impact peut être très positif.

8. Permettre aux services des réseaux d'évoluer

Certains peuvent affirmer que les services des divers réseaux destinés aux jeunes sont sclérosés. L'ensemble de ces services n'est sans doute ni pire ni meilleur que le reste de la société qu'ils servent. Il est cependant facile en prenant contact avec les intervenants de déceler de véritables engagements pour la cause des jeunes, souvent beaucoup de créativité et d'efforts de recherche de moyens mieux adaptés pour répondre à des besoins changeants ou nouveaux. Une caractéristique toutefois souvent rencontrée est la

complexité et la lourdeur des systèmes au sein desquels ces mêmes intervenants doivent souvent œuvrer. Parfois, le système administratif va même jusqu'à étouffer les velléités d'adaptation alors qu'en d'autres lieux, on en prêche le besoin.

Faire une place aux organismes souples

L'une des caractéristiques reprochées aux services des réseaux publics est leur rigidité qui les empêche de s'adapter et ainsi de répondre adéquatement à nombre de besoins imprévus que présentent les jeunes. Lors de sa rencontre avec le Bureau de consultation-jeunesse (B.C.J.) à Montréal, le C.S.M.Q. a été amené à constater la nécessité d'organisations à caractère privé dont la structure et le mode de fonctionnement permettent l'innovation et l'adaptation rapide aux besoins. Le B.C.J. est une corporation privée qui tire son financement de Centraide et de quelques autres sources. La population qu'il vise est celle des 14-25 ans dont on cherche à développer l'autonomie en agissant surtout là où le réseau officiel n'agit pas. Se définissant en quelque sorte comme une sorte de conscience du milieu, le B.C.J. a une administration très souple qui lui confère une capacité d'adaptation rapide aux besoins. Les intervenants du B.C.J. peuvent être autant des spécialistes que des jeunes qui ont déjà vécu des problèmes et qui, de ce fait, en ont une connaissance de l'intérieur. Les conditions de travail laissent beaucoup de place à la créativité et à l'initiative, le contrôle administratif mettant l'accent davantage sur une ambiance stimulante où les prises de décision et l'orientation du travail reposent beaucoup sur la compréhension du sens des interventions à faire et sur la foi dans ce qu'on fait. Dans ce climat, la gestion fait confiance à ses intervenants et leur donne une grande latitude quant à l'action. Le véritable contrôle réside dans la mise en commun et les échanges lors d'un certain nombre de journées où se présentent bilans et rapports d'activités. Comme l'organisme a un nombre relativement réduit d'intervenants, ce genre de fonctionnement paraît bien lui convenir. Dans les projets communautaires qu'il anime, le B.C.J. recherche la collaboration des bénéficiaires les plus actifs à qui on donne une place adaptée à leurs possibilités. L'idéal qui anime ce genre d'organisme, la place importante qu'il réserve à l'engagement de ses intervenants lui permettent de compter sur un personnel zélé, motivé qui ne craint pas d'adapter la forme de son travail que ce soit en terme d'horaire ou autrement en fonction des bénéficiaires de ses services.

L'une des raisons du succès reconnu de cet organisme vient sans doute du fait que l'identification et le choix des besoins aux-

quels il s'attaque ne lui viennent pas de quelqu'en haut lointain mais sont plutôt le fruit de l'engagement réel de ses intervenants et de ses administrateurs.

Le C.S.M.Q. est d'avis que ce genre d'organisme est essentiel dans notre système et que la philosophie qui guide ses opérations devrait inspirer plusieurs des établissements et services du réseau public.

Les administrateurs de services ont autant besoin de formation que les intervenants pour comprendre le bien-fondé d'une approche globale des questions de santé mentale des jeunes

Dans la partie de ce chapitre consacrée à la formation nécessaire à une approche plus globale de la santé mentale, il a été surtout question des intervenants. L'expérience semble démontrer qu'on tend à sous-estimer l'importance qu'il faut également accorder à l'information et à la formation des administrateurs qui ont pour rôle d'orienter et de gérer les établissements ou organismes dont la mission est consacrée en tout ou en partie au domaine de la santé mentale des jeunes. Comme on l'aura à maintes fois répété dans cet Avis, une approche plus globale de la santé mentale des enfants et adolescents requiert une grande ouverture d'esprit, une capacité de vraiment définir son rôle dans un ensemble conjointement avec diverses instances communautaires. Tout ceci peut facilement exiger des changements dans les rôles traditionnels, des interventions nouvelles, des horaires souples, du matériel qui sort des normes, etc. Si tout cela doit se financer dans le cadre des budgets dont les administrateurs disposent, il leur faut par contre vivre un sentiment de sécurité basé sur une vision assez claire des orientations qu'il importe de privilégier pour engendrer au sein de leurs établissements, organismes ou services les conditions générales de travail qui soutiennent l'approche désirée.

Le C.S.M.Q. est d'avis que les intervenants bien préparés à l'approche globale des questions de santé mentale doivent prendre un soin particulier à éclairer leurs administrateurs sur ces questions. Il suggère aussi que si des programmes de formation sont développés à l'intention des réseaux, une attention particulière soit apportée pour y impliquer les administrateurs.

9. Reconnaître le rôle important des média en rapport avec la santé mentale des jeunes

Dès la petite enfance et de façon croissante jusqu'à un certain âge, les enfants consacrent un très grand nombre d'heures à la télévision. Le C.S.M.Q. n'a pas eu la disponibilité nécessaire pour fouiller cette question lors de son présent mandat. Il lui semble assez évident toutefois qu'il faut continuer d'apporter un grand soin à la recherche et au développement dans le domaine des émissions télévisées destinées spécialement aux enfants.

Certaines de ces émissions qui attirent particulièrement les enfants proposent dans un langage approprié non seulement des situations de vie impliquant des vécus affectifs que tous sont sujets à affronter, mais des exemples de résolution de problèmes qui font partie du registre de la compétence sociale des tous petits, des enfants plus vieux et même des parents.

10. Favoriser une approche plus globale accentuant le rôle de la prévention en santé mentale n'infère pas qu'il faille diminuer ou négliger le curatif

Au terme de cet Avis, il convient de répéter que si on a choisi, en dehors du chapitre consacré à la description des réseaux, d'y traiter surtout de ce qui s'apparente à la prévention, ce choix ne signifie nullement qu'il faille diminuer le soutien dont les services curatifs et de réadaptation ont besoin. Comme beaucoup le reconnaissent, il n'est pas toujours possible et utile de vouloir séparer les interventions préventives des interventions curatives. Ce n'est pas sans raison qu'on définit le traitement « global » comme de la prévention secondaire et la réadaptation, comme de la prévention tertiaire.

La question n'est pas d'opposer des approches différentes mais bien plutôt, quand on parle de santé mentale des enfants et des adolescents, d'essayer de dépasser ce qui n'est qu'immédiat ou apparent pour tenter de la situer dans le contexte qui lui donne la signification la plus utile. La thérapeutique a et continuera d'avoir sa place en santé mentale et beaucoup de ce qui se fait dans ce domaine correspond aux besoins des individus. Quelque soit sa qualité et sa pertinence, il apparaît cependant de plus en plus évident que cette thérapeutique doit élargir ses horizons, qu'elle ne peut répondre à tous les besoins même dans le domaine des troubles mentaux et qu'il y a lieu d'explorer un ensemble d'autres pistes complémentaires susceptibles elles aussi de contribuer au maintien, au développement et à la protection de la santé mentale des enfants et adolescents.

Bibliographie

Chapitre 2 : La santé mentale des jeunes

Boutet, C. *Synthèse d'une consultation sur le développement et la protection de la santé mentale des jeunes*. Québec, ministère des Affaires sociales, 1984.

Jahoda, M. *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York, Basic Books, 1958.

Chapitre 3 : Les problèmes de santé mentale des jeunes au Québec

Gould, M.S., Wunsch-Hitzig, R. et Sohrenwend, B. Estimating the Prevalence of Childhood Psychopathology. *J. Am. Acad. Child Psychiat., 20*, 462-476, 1981.

U.S. Department of Health and Human Services. Select Panel for the Promotion of Child Health. *Better Health for our Children: A National Strategy*, 1981.

Chapitre 4 : Les facteurs de santé mentale

La compétence

Anthony, E.J. Le syndrome de l'enfant psychologiquement vulnérable. In Anthony, E.J., Chiland, C. et Koupernik, C., *L'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris, P.U.F., 1980, (L'enfant dans sa famille, 3) pp. 19-27.

Caplan, G. *Prevention in Perspective*. Communication à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, Burlington, juin 1984.

Durlak, J. A. Social Problem-Solving as a Primary Prevention Strategy. In Felner, R.D., Jason, L.A., MoritSugu, J.N. et Farber, S.S., *Preventive Psychology: Theory, Research and Practice*. New York, Pergamon Press, 1983.

Garmezy, N. The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development*, février 1984, vol. 55 (1), 97-111.

Mullen, D. *Formule de planification du programme de dynamique de la vie*. Ottawa, Emploi et Immigration Canada, 1981.

Murphy, L., Moriartry, A. *Vulnerability, Coping and Youth from Infancy to Adolescence*. New Haven, Yale University Press, 1976.

Rutter, M. Invulnerability or Why Some Children are not Damaged by Stress. In Shamsie, S.J. *New Directions in Child Mental Health*. New York, S.P. Medical and Scientific Books, 1979.

Segal, J. *Stress and Resiliency: A Developmental Perspective*. Communication à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, Burlington, juin 1984.

Smith, P. *Essai de classification des compétences nécessaires pour devenir une personne autonome et bien équilibrée*. Ottawa, Emploi et Immigration Canada, 1982.

Spivack, G., Shure, M.B. *Social Adjustment of Young Children: A Cognitive Approach to Solving Real-Life Problems*. San Francisco, Jossey Bass, 1974.

Werner, E.E. Sources of Support for High Risk Children. In Anastasiow, N.J., Frankenburg, W.K. et Fandal, H.W. *Identifying the Developmentally Delayed Child*. Baltimore, University Park Press, 1982.

Werner, E.E. et Smith, R.S. *Vulnerable but Invincible: A Longitudonal Study of Resilient Children and Youth*. New York, McGraw Hill, 1982.

White, B.L., Kaban, B.T. et Attanucci, J.S. *The Origins of Human Competence*. Lexington (Mass.), Lexington Books, 1979.

Les facteurs de risque

Albee, G.W. Report of the Task Panel on Prevention. In Forgays, D.G., éd. *Primary Prevention of Psychopathology. Vol. II: Environmental Influences*. Hanover, University Press of New England, 1978, pp. 207-249.

Albee, G.W. The Fourth Mental Health Revolution. *Journal of Prevention, 7 (2)*, hiver 1980, 67-70.

Anthony, E.J. The Behavior Disorders of Childhood. In Musson P., éd. *Carmichael's Manual of Child Psychology*. 3e éd., New York, Wiley & Sons, 1970, vol. 2.

Anthony, E.J. Modèle d'intervention au niveau du risque et de la vulnérabilité pour des enfants de parents psychotiques. In Anthony, E.J., Chiland, C. et Koupernik, C. *L'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris, P.U.F., 1980, pp. 121-146.

Barbor, T.F. et Berglas, S. Toward a Systems-Ecological Approach to the Prevention of Adolescent Alcohol Abuse. *Journal of Primary Prevention, 2 (1)*, 1981, 25-39.

Bouchard, C. La « relance », une menace pour l'enfant. *Le Devoir*, 24 nov. 1983.

Bowlby, J. *Child Care and the Growth of Love*. Londres, Penguin Books, 1951.

Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Division de la santé mentale. *Prévenir maintenant: théorie et pratique*. Publication sur la santé mentale chez les enfants, Ottawa, 1984.

Caplan, G. *Prevention in Perspective*. Conférence donnée à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, 1984.

Clarke, A.M. Developmental Discontinuities: An Approach to Assessing their Nature. In Bond L.A. et Joffe, J.M., éd., *Facilitating Infant and Early Childhood Development*. Hanover, University Press of New England, 1982.

Comité épiscopal du laïcat. *Message pastoral à l'occasion du jubilé des familles dans le cadre de l'année sainte de la rédemption*. Dépliant publié par l'Assemblée des évêques du Québec, 1983.

Dohrenwend, B. *Social Stress and Psychopathology*. Conférence présentée à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, 1984.

Hartman, L.M. The Preventive Reduction of Psychological Risk in Asymptomatic Adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry, 49 (1)*, 1979, 121-135.

Houde, L. *Promotion de la santé mentale. Élaboration d'une approche de la question*. Document inédit, 1983.

Houde, L. *Prévention durant la petite enfance*. Séminaire au Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 1983.

Houde, L. *La prévention en santé mentale. Des interventions simples pour répondre à des besoins individuels*. Document inédit, 1983.

Kellam, S.G., Sheppard, G., Branch, J.D., Agrawal, K. et Ensminger, M.E. *Mental Health and Going to School; the Woodlan Program of Assessment, Early Intervention and Evaluation*. Chicago, University of Chicago Press, 1975, 213 p.

Kellam, S.G., Ensminger, M.E. et Turner, R.J. Family Structure and the Mental Health of Children. *Archives of General Psychiatry, 34 (9)*, 1977, 1 012-1 022.

Kellam, S.G. *Epidemiology of Child Psychiatric Disorders: Risk Research in Schizophrenia and Other Severe Forms of Psychopathology*. Conférence présentée à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, 1984.

Kessler, M. et Albee, G. Primary Prevention. *Annual Review of Psychology*, *26*, 1975, 557-598.

Kornberg, M.S. et Caplan, G. Risk Factors and Preventive Intervention in Child Psychopathology: A Review. *Journal of Prevention*, *1 (2)*, 1980, 71-133.

McCulloch, P.C. *The Ecological Model: A Framework for Operationalizing Prevention*, 1980.

McGuffin, P. *Genetics and Psychopathology*. Conférence donnée à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, 1984.

Muñoz, R. *Summary of the Conference*. Conférence donnée à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, 1984.

Osofsky, J. *Perspectives on Infant Mental Health*. Conférence présentée à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, 1984.

Perez, V., Geslin, E.L., Cowen, E.L., Weissberg, R.P., Rapkin, B. et Boike, M. Relationships Between Family Background Problems and Social Problem Solving Skills of Young Normal Children. *Journal of Primary Prevention*, *2 (2)*, 1981, 80-90.

Petrillo, N. et Sanger, S. *Emotional Care of Hospitalized Children*. Philadelphia, Lippincott, 1980.

Rae-Grant, N. Prévention et promotion de la santé mentale. In Joshi, P. et Grâce, G.R. éd., *Conceptions contemporaines de la santé mentale*. Montréal, Décarie, 1983, pp. 351-365.

Rae-Grant, M. et al. *The State of the Art: A Background Paper on Prevention*. Toronto, Ministry of Community and Social Services, Children's Services Division, 1979.

Ragins, N. et al. Infants and Children at Risk for Shizophrenia. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *19 (1)*, 1975.

Robertson, J. *Jeunes enfants à l'hôpital*. Paris, Centurion, 1972.

Roux, P. Les enfants et le divorce. *Le Soleil*, 25 juin 1983.

Rutter, M.L. Research into Provention of Psychosocial Disorders in Chilhood. In Barnes, J. et Connelly, N., éd., *Social Care Research*. Cambridge, Bedford Square Press, 1977.

Sameroff, A.G., Chandler, M.J. Reproductive Risks and the Continuum of Caretaking Casualty. In Horowitz, F.D. et al. *Chicago: University of Chicago*, 1975, vol. IV, pp. 187-244.

Soulé, M. et Noël, J. *Document P: la prévention médico-psychosociale précoce*. Paris, Copes, 1983.

Spitz, R.A. Hospitalism. *Psychoanalytic Study of the Child*. Vol. 1, New York, International University Press, 1945.

Tableman, B. Overview of Programs to Prevent Mental Health Problems of Children. *Public Health Reports, 96 (1)*, 1981, 38-44.

Tableman, B. *State Wide Prevention Programs: The Politics of the Possible*. Conférence présentée à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, 1984.

Tessier, R. *Les enfants en difficulté d'adaptation et d'apprentissage. Analyse des facteurs de risque*. Document présenté au Laboratoire de psychologie du développement, École de psychologie, Université Laval, 1980.

Watt, N.F. *Risk Research in Shizophrenia and Other Severe Forms of Psychopathology*. Conférence présentée à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, 1984.

Chapitre 5: Les ressources du Québec

Le ministère des Affaires sociales

Association des directeurs de départements de santé communautaire. Comité consultatif en santé mentale communautaire. *Éléments pour une approche préventive en santé mentale communautaire*. Août 1983.

Bélanger, N. et al. *Étude de l'organisation du mode de distribution des services en santé mentale dans la région administrative 03*. Québec, mars 1973.

Castonguay, C. et al. *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social*. Vol. 4: *la santé*. Québec, Éditeur officiel du Québec, 1970.

Fontaine, N. Les services de santé mentale: évolution, situation actuelle et perspectives d'organisation. *Administration hospitalière et sociale, 28 (3)*, 1982, 23-28.

Québec (prov.). Conseil des affaires sociales et de la famille. *Objectif: santé*. Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé. Québec, 1984.

Le réseau de la santé

Bowlby, J. *Maternal Care and Mental Health*. Genève, World Health Organization, 1951.

Jeliu, G. Le syndrome de l'enfant maltraité : perspectives. In Saucier, J.-F. éd. *L'enfant. Explorations récentes en psychologie du développement*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 1980, pp. 85-98.

Kempe, C.H. Pediatric Implications of the Battered Baby Syndrome. *Archives of Disease in Childhood, 46*, 1971, 28-37.

Klaus, M.H. et Kennel, J. *Maternal Bonding: The Impact of Early Separation*. Philadelphie, C.V. Mosby, 1976.

Kreisler, L., Fain, M. et Soulé, M. *L'enfant et son corps. Études sur la clinique psychosomatique du jeune âge*. 2e éd., Paris, P.U.F., 1978.

Ray, H. *Helping the Battered Child and His Family*. Philadelphie, J.B. Lippincott, 1972.

Spitz, R. (1949). Motherless Infants. In Winch, R.F. et McGinnis, R. éd. *Selected Studies in Marriage and the Family*. New York, Holt, 1953.

Le réseau des services sociaux

Association des Centres d'accueil du Québec. *Rôle et orientation des Centres de réadaptation d'assistance-maternité*. 1981.

Association des Centres d'accueil du Québec. *Rôle et orientation des Centres de services de réadaptation qui offrent des services à l'enfance en difficulté grave d'adaptation*. Montréal, octobre 1984.

Association des Centres de services sociaux du Québec. *Compte à rebour 05, 04, 03, 02, 01*. 1984.

Bureau de consultation-jeunesse inc. *Avec les jeunes*. Montréal, 1978.

Centre de services sociaux du Montréal métropolitain. *Rapport du groupe de recherche-intervention auprès des mineurs(es) prostitués(es)*. Août 1982.

La Clairière de Québec, Centre d'accueil pour mères célibataires. *Programme-cadre*. Février 1984.

Comité de la protection de la jeunesse. *L'enfance maltraitée... ça existe aussi au Québec*. 1982.

Comité de la protection de la jeunesse. *L'inceste: une histoire à trois et plus... « Apprendre à les aider »...* 1982.

Comité de la protection de la jeunesse. *L'intervention sociale auprès de l'enfance maltraitée: une pratique à repenser?* 1982.

Comité de la protection de la jeunesse. *La sexualité: vécu et opinions d'un groupe de jeunes*. 1982.

Comité de la protection de la jeunesse. *La jeunesse sociale des enfants victimes d'abus sexuels*. 1984.

Comité de la protection de la jeunesse. *La concertation sociomédicale*. 1984.

Fédération des C.L.S.C. du Québec. *Pour une approche communautaire des C.L.S.C. auprès des 0-16 ans*. Octobre 1982.

Fréchette, M. et Leblanc, M. *La délinquance cachée des adolescents montréalais*. Université de Montréal, 1978.

Lagacé, R. *Les mesures de responsabilité au C.S.S. 02*. Centre de services sociaux Saguenay — Lac-Saint-Jean — Chibougameau, 1983.

Martinez, J. *Évaluation du programme de travail communautaire Jeunesse-Longueuil*. Centre de services sociaux Richelieu, mars 1984.

Ménard, R. *Les placements des jeunes mésadaptés socio-affectifs en centres d'accueil*. Québec, ministère des Affaires sociales, 1984.

Québec (prov.). *Opération 30 000*, cahier-synthèse. 1979.

Québec (prov.). *Opération de la Commission parlementaire spéciale sur la protection de la jeunesse*. Novembre 1982.

Québec (prov.). Comité de la santé mentale. *Avis sur les enfants placés*. Juillet 1981.

Québec (prov.). Ministère des Affaires sociales. *Détail des activités. État de la situation des C.S.S. au 31 mars 1982*. 1982.

Québec (prov.). Ministère des Affaires sociales. *Détail des activités. État de la situation des C.S.S. au 31 mars 1983*. 1983.

Sylvestre, Cl. *Programme de travaux communautaires de Montréal*. Solliciteur général du Canada, juillet 1983.

Le réseau de l'éducation

Awad, A., Hottlet, C. et Perras, J. *Ensemble-ressources pour soutenir l'école dans la prise en charge de son projet éducatif*. Montréal, C.E.C.M., 1983.

Boudreault, G. *L'accessibilité en éducation: les abandons scolaires dans les écoles des commissions scolaires 1972-1973 à 1976-1977*. Québec, ministère de l'Éducation, 1979.

Carducci-Geoffrion, M. et Archambault, J. *Démarche d'analyse de besoins et de solutions de problèmes à l'intention de l'école*. Montréal, C.E.C.M., 1984, 6 vol.

Commission des écoles catholiques de Montréal. *Politique de services aux élèves des communautés culturelles fréquentant les écoles françaises de la C.E.C.M.* Montréal, 1984.

Commission des écoles catholiques de Montréal. *Rapport du Comité sur la qualité de vie pour les élèves du secondaire.* Montréal, 1984.

Conseil supérieur de l'éducation. *L'éducation interculturelle. Avis au ministre de l'Éducation.* Québec, Direction des communications du Conseil supérieur de l'éducation, 1983.

Conseil supérieur de l'éducation. *La recherche de la qualité. Les personnes qui font l'école au secondaire.* Québec, Direction des communications du Conseil supérieur de l'éducation, 1984.

Corbeil, P. et Vézina, L. *Relance au secondaire. Les sortants de 1976 à 1981.* Québec, ministère de l'Éducation, Direction des politiques et des plans, 1984.

Desranleau, Cl. et al. *La consommation des drogues chez les jeunes du secondaire en 1984.* Montréal, C.E.C.M., 1984.

Des Rochers, Th. *Aujourd'hui, c'est fête!* Éd. de rodage, Montréal, C.E.C.M., 1984.

Forest, Cl. *Handicaps sociopédagogiques de la clientèle de la C.E.C.M. (cours primaire français).* Montréal, C.E.C.M., 1972.

Forest, Cl. *Handicaps sociopédagogiques de la clientèle de la C.E.C.M. (cours primaire français: 1973-1974).* Montréal, C.E.C.M., 1974.

Hétu, Fr. et Ouellet, G. *La prévention de la délinquance: une responsabilité de l'école — Guide pédagogique — Primaire, 2e cycle.* Éd. expérimentale, Montréal, C.E.C.M., 1984.

Hétu, Fr. et Ouellet, G. *La prévention de la délinquance: une responsabilité de l'école — Guide pédagogique — Secondaire, 1er cycle.* Éd. expérimentale, Montréal, C.E.C.M., 1984.

Le Sieur, A. *Évaluation du modèle d'intervention du Centre Henri-Julien.* Montréal, C.E.C.M., 1982.

Le Sieur, A. *Évaluation du modèle d'intervention du Centre Henri-Julien.* Avec la participation des élèves du Centre Henri-Julien de 1982-1983. Montréal, C.E.C.M., 1983, 5 vol.

Noël, P. *Rapport sur la problématique des tensions raciales et du racisme dans le milieu scolaire.* Montréal, C.E.C.M., Service aux étudiants, 1984.

Nowlis, H. *La drogue démythifiée.* 2e éd. révisée, Paris, Presses de l'U.N.E.S.C.O., 1980.

Pagé, M. et Primeau, G. L'intégration des enfants d'immigrés à l'école. *Québec Français*, *53*, 1984, 56-61.

Poissant, I. et Crespo, M. *La consommation des drogues chez les jeunes du secondaire*. Montréal, C.E.C.M., 1976.

Pouliot, R.-A. et Brown, E. *Session de travail sur le projet éducatif*. Montréal, ministère de l'Éducation, Direction régionale de Montréal, 1982, 5 vol.

Primeau, G. *Profil d'école*. Document de travail. Montréal, C.E.C.M., 1984.

Pronovost, L. *Transition école-travail et délinquance*. Montréal, Université de Montréal, Groupe de recherche sur l'inadaptation juvénile.

Québec (prov.). Ministère de l'Éducation. *L'école québécoise. Énoncé de politique et plan d'action*. Québec, Editeur officiel du Québec, 1979.

Québec (prov.). Ministère de l'Éducation. *L'éducation de l'enfance en difficulté d'adaptation et d'apprentissage au Québec (rapport COPEX)*. Québec, gouvernement du Québec, 1976, 2 vol.

Théberge, A. *Les abandons scolaires*. Québec, ministère de l'Éducation, Direction générale de la planification, 1979, 2 vol.

Tremblay, J. *Ensemble, semblables et différents — Programme d'éducation interculturelle — Cours optionnel — Secondaire*. Montréal, C.E.C.M., 1984.

Wener, A. *Guide d'analyse des besoins permettant aux écoles d'analyser leur capacité à répondre aux besoins particuliers de leurs élèves; le manuel*. Montréal, Conseil scolaire de l'Île de Montréal, 1984.

Chapitre 6: Considérations générales

Albee, G.W. *Advocates and Adversaries of Prevention*. Communication à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology. Burlington, juin 1984.

Cowen, E.M. *Primary Prevention in Mental Health: Ten Years of Retrospect and Ten Years of Prospect*. Communication à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology. Burlington, juin 1984.

Québec (prov.). Conseil des affaires sociales et de la famille. *Objectif: santé*. Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé. Québec, 1984.

Soulé, M. et Noël, J. *Document P: la prévention médico-psychosociale précoce*. Paris, Centre d'orientation psychologique et sociale, 1983.

Chapitre 7: Des réalisations

Des programmes de prévention

Armstrong, K.A. A Treatment and Education Program for Parents and Children Who Are at Risk of Abuse and Neglect. *Child Abuse and Neglect, 5*, 1981, 167-175.

Ball, G. et Palomaris, V. *Programme de développement affectif et social, sixième niveau*. Les éditions de l'Institut de développement humain, Lalame, Nadeau et Séguin, traducteurs, 1976.

Broussard, E.R. Evaluation of Televised Anticipatory Guidance to Primiparae. *Community Mental Health Journal, 12, 2*, 1976, 203-210.

Cappleman, M.W. et al. Effectiveness of a Home-Based Early Intervention Progral with Infants of Adolescent Mothers. *Child Psychiatry and Human Development, 13, 1*, 1982, 55-64.

Durlak, J.A. Description and Evaluation of a Behaviorally Oriented School-Based Preventive Mental Health Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 1*, 1977, 27-33.

Fournier, C. et Langlois, J.-P. Favoriser le développement social et affectif des élèves. *Vie pédagogique, 24*, 1983 (avril), 12-15.

Furman, W., Rahe, D.F. et Hartup, W.W. Rehabilitation of Socially Withdrawn Preschool Children Through Mixed-Age and Same-Age Socialization. *Child Development, 50*, 1979, 915-922.

Lessard, M.-J. *L'efficacité de la prévention en santé mentale chez les moins de 18 ans*. Travail présenté au Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, été 1984.

Morris, A.G., London, R. et Glick, J. Educational Intervention for Preschool Children in a Pediatric Clinic. *Pediatrics, 57, 5*, 1976, 765-768.

O'Connor, S., Vietge, P.M., Sherrod, K.B., Sandler, H.M., Alteweier III, W.A. Reduced Incidence of Parenting Inadequacy Following Rooming-In. *Pediatrics, 66, 2*, 1980, 176-182.

Rickel, A.V., Smith, R.L. et Sharp, K.C. Description and Evaluation of a Preventive Mental Health Program for Preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 7, 1*, 1979, 101-112.

Rotheram, M.J., Armstrong, M., Booraem, C. Assertiveness Training in Fourth and Fifth Grade Children. *American Journal of Community Psychology, 10, 5*, 1982, 567-582.

Schinke, S.P. School-Based Model for Preventing Teenage Pregnancy. *Social Work in Education*, *4, 2*, 1982, 34-42.

Stolberg, A.L. et Cullen, P.M. Preventive Interventions for Families of Divorce: The Divorce Adjustment Project. In L.A. Kurdek, éd. *Children and Divorce: New Directions for Child Development*. no 19, San Francisco, Jossey Bass, 1983, pp. 71-81.

Wolfer, J.A. et Visintainer, M.A. Pediatric Surgical Patients' and Parents' Stress Responses and Adjustment. *Nursing Research*, *24, 4*, 1975, 244-255.

Des exemples pour notre milieu

American Academy of Pediatrics. Task Force on Pediatric Education. *The Future of Pediatric Education*. Evanston, 1979.

Bouchard, C. L'intervention psychosociale et la violence envers les enfants: une réflexion critique sur la politique québécoise. *Santé mentale au Québec*, *8, 2*, 1983, 140-146.

Bouchard, C., Beaudry, J. et Chamberland, C. *Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers les enfants: le cas de Montréal*. Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal, 1984.

Centre hospitalier de l'Université Laval. Département de santé communautaire. *L'écologie sociale des parents potentiellement abusifs. Rapport préliminaire*. 1984 (document inédit).

Centre local de services communautaires J. Octave-Roussin et Département de santé communautaire Maisonneuve-Rosemont. *Prévention des agressions sexuelles*. Présentation et évaluation du cours offert à des élèves de 6e année, octobre 1984 (document inédit).

Champagne, R. Communication personnelle. Janvier 1985.

Cloutier, M. *Orientation de l'action collective*. Document préparé par le Bureau de services sociaux de l'Est, Centre de services sociaux du Montréal métropolitain, janvier 1983 (inédit).

Daher, P. et Ouimet, G. *Bilan-synthèse des activités de l'unité de travail en intervention de réseaux*. Groupe de recherche sur les pratiques de réseaux, Bureau de services sociaux de l'Est, C.S.S.M.M., année 1982-1983.

Denis, M.-Cl. *Influence de la relation interpersonnelle enfant — personne âgée sur le changement de perception réciproque*. Rapport de recherche présenté au congrès de l'A.C.F.A.S., 14 mai 1982.

Doucet, A. Influence de l'insertion de la personne âgée dans un milieu scolaire sur son niveau de dépression et d'anxiété. *Les cahiers de l'A.C.F.A.S.*, no 24, 1984.

Gauthier, G. *Le développement de la compétence parentale*. Rapport d'un colloque sur le développement de la compétence parentale. Saint-Jean-sur-le-Richelieu, D.S.C. Hôpital du Haut-Richelieu, mai 1981.

Lévesque, M. et Larrivée, J. *Plan du projet Situaide*. C.E.G.E.P. Rimouski, 1984 (document inédit).

Ouimet, G. *L'intervention de réseaux: son étude auprès des jeunes délinquants*. Groupe de recherche sur les pratiques de réseaux, École de service social, Université de Montréal, 1984.

Puvilland-Leduc, C., Levasseur, L. et Cabana, S. L'entraide maternelle en période post-natale. *L'infirmière canadienne, 23, 5*, mai 1981.

Québec (prov.). Ministère de l'Éducation. *L'école, carrefour de générations. Guide de formation sur l'insertion sociale du 3e âge*. Québec, oct. 1983.

Quiviger, C. La concertation: espoir et solutions. *Revue canadienne de psycho-éducation, 13, 3*, 1984, 83-89.

Regroupement des maisons de jeunes du Québec. *Autour des maisons de jeunes*. 1984.

Regroupement des maisons de jeunes du Québec. *Une maison de jeunes. Document de base*. Sept. 1983.

Table de concertation des services d'aide à la jeunesse de Drummondville Inc. *Une expérience de concertation pour l'aide à la jeunesse à Drummondville*. Rétrospective de 4 années de fonctionnement. Nov. 1983.

Viau, C. *Une approche positive de la concertation*. Rapport présenté à la Direction générale du Secrétariat à la jeunesse. Québec, 1983.

Chapitre 8: Orientations souhaitables

Bouyala, N. et Roussille, B. *L'enfant dans la vie. Une politique pour la petite enfance*. Paris, La documentation française, 1982.

Caldwell, B.M. et Bradley, R.H. *Home Observation for Measurement of the Environment*. Little Rock, Center for Child Development and Education, University of Arkansas at Little Rock, n.d.

Comité Santé des jeunes des départements de santé communautaire de la région de Montréal. *Dépistage en milieu scolaire*. Juin 1984.

Moisan, C. *La formation à la prévention en santé mentale au Québec*. Travail présenté au Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, été 1984.

Québec (prov.). Comité de la santé mentale. *La prévention dans le domaine de la santé mentale*. Québec, ministère des Affaires sociales, septembre 1973.

Québec (prov.). Conseil des affaires sociales et de la famille. *Objectif: santé*. Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé. Québec, 1984.

Soulé, M. et Noël, J. *Document P: la prévention médico-psychosociale précoce*. Paris, C.O.P.E.S., 1983.

Tableman, B. *State-Wide Prevention Programs: The Politics of the Possible*. Présentation à la Vermont Conference on the Primary Prevention of Psychopathology, Burlington, juin 1984.

Terrisse, B. et Boutin, G. *Avis au comité de la santé mentale sur le développement et la protection de la santé mentale des jeunes*. Février 1984 (document inédit).

Liste des remerciements

Les responsables de la préparation de cet Avis remercient toutes celles et tous ceux qui les ont appuyés dans leur travail.

Ils *adressent des remerciements aux personnes et organisations qui ont accepté de les rencontrer* et de partager avec eux leurs connaissances. Ces remerciements sont plus précisément adressés :

— à la Fédération des C.L.S.C. du Québec et aux personnes rassemblées par elle pour la rencontre, soit Monsieur Michel Perreault, Mesdames Danielle Turcotte, Louise Gougeon, France Cloutier, Hélène Jacob, Michelle Vigeoz, Messieurs Élie Batate, Jacques Roy et José Mongeau ;

— à l'Association des Centres d'accueil du Québec et aux personnes invitées par elle pour participer à la rencontre, soit MM. Pierre Foucault, René Dubois, Pierre-Paul Lachapelle, Jacques Dionne, Denis Desrosiers, Jacques Desnoyers et André Soulière ;

— au Bureau de consultation-jeunesse inc. et aux personnes regroupées par lui pour la rencontre, soit Mesdames Ghyslaine Fortin, Linda Allard, Johanne Rail, Monique Tessier, Claire Vivier, Nicole St-Jean et Monsieur Jean Ialongo ;

— à l'Association des Centres de services sociaux du Québec et aux personnes rassemblées par cette association pour la rencontre, soit Monsieur Jean Boudreau, Mesdames Maria Nicoloff et Ghyslaine Pérusse, Messieurs Placide Blackburn et Jean Gélinas ;

— à la Commission des écoles catholiques de Montréal et aux personnes rencontrées au siège social de cette organisation, soit Mesdames Mireille Jobin, Irène Poissant, Nicole Moquin et Maria Garneau, Messieurs Pierre Baulu, Marcel Jean, Georges Ouellet et Jean-Paul Émard ;

— au Conseil québécois de l'enfance exceptionnelle et aux personnes rencontrées à ce conseil, soit Monsieur Gilles Langelier et Mesdames Marguerite Wolfe et Francine Caron ;

— à la Direction de la protection de la jeunesse du Montréal métropolitain et aux personnes présentes à la rencontre, à son invitation, soit Monsieur Jacques Perrault, Mesdames Jacqueline Labrèche, Thérèse Hogue, Manon Rainville, Lise Tremblay, Gladys Lauzon, Maria Nicoloff et Andrée de la Durantaye.

Il *Ils adressent aussi des remerciements aux très nombreuses personnes et organisations qui ont participé à leur consultation publique* et qui ont aussi partagé avec eux leurs connaissances. Ces remerciements sont plus précisément adressés:

— à l'Association des éducateurs des Centres de santé du Québec;
— à la Corporation professionnelle des diététistes du Québec;
— à la Corporation professionnelle des travailleurs sociaux du Québec;
— à la Corporation professionnelle des psychologues du Québec;
— à la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec;
— à l'Association des Centres de services sociaux du Québec;
— à Monsieur Guy Légaré, orthophoniste-audiologiste, et à la Corporation professionnelle des orthophonistes et audiologistes du Québec;
— au docteur Guy Pomerleau et à l'Association des psychiatres du Québec;
— à la Corporation professionnelle des conseillers d'orientation du Québec;
— au Comité de santé mentale de la Société canadienne de pédiatrie;
— à Monsieur Raymond Beau, chef du service d'orientation et de réadaptation professionnelles à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine;
— au docteur Jean-Marie Leduc, psychiatre au Centre hospitalier de Granby;
— au Conseil d'administration du Centre psychiatrique de Roberval;
— au docteur Jean-Yves Frappier et à la section Médecine de l'adolescence du Département de pédiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine;
— à Madame Louise Larue, du projet-nord au Centre hospitalier de l'Université Laval;

— à Madame Ghyslaine Dumas, directrice de l'École Laure Gaudreault de Clermont, à Monsieur René Amyot, directeur à la vie étudiante de la Polyvalente Saint-Aubin de Baie-Saint-Paul, à Soeur Claire Morin, infirmière en psychiatrie communautaire et à Monsieur Paul-André Léveillée, psychologue responsable à la Clinique des services communautaires au Centre hospitalier de Charlevoix de Baie-Saint-Paul;
— au docteur Charles Dumont et au Module du Nord québécois de l'Hôpital Général de Montréal;
— au Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval;
— à Madame Yvette Lapointe, responsable du programme Santé des jeunes en milieu scolaire à l'Hôpital Général de Montréal;
— au docteur Marie-Claire Laurendeau et au docteur Robert Perreault, respectivement coordonnatrice du programme de santé mentale et médecin-conseil en santé mentale au D.S.C. de l'Hôpital Général de Montréal;
— à des intervenants du C.L.S.C. des Grands-Bois et à des parents de l'Association de parents 0-5 ans de Chapais et Chibougamau;
— à des intervenants psychosociaux du C.L.S.C. Châteauguay et à Madame Claude Laurin, responsable de la ressource alternative « La maison sous les arbres » de Châteauguay;
— à Madame Michelle Duval, organisatrice communautaire au C.L.S.C. des Hautes-Laurentides;
— à l'Équipe-jeunesse du C.L.S.C. de Farnham;
— au Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue;
— au Conseil de la santé et des services sociaux de l'Outaouais;
— à Monsieur Laval Laberge, coordonnateur du Service d'aide à l'enfance et à l'adolescence au Centre psychiatrique de Roberval et à un groupe d'établissements du réseau des Affaires sociales du secteur Roberval (C.S.S. de Roberval, C.L.S.C. des Prés-Bleus de Saint-Félicien, Centre psychiatrique de Roberval, D.S.C. de l'Hôtel-Dieu de Roberval, Institut La Chesnaie Inc.);
— à Madame Josette Bouchard, chargée de projet en santé mentale au D.S.C. de Chicoutimi et au Comité inter-D.S.C. et établissements du réseau régional en santé mentale (région Saguenay — Lac-Saint-Jean);
— à Madame Diane Martel, du D.S.C. du Centre hospitalier de l'Université Laval;

— à Madame Camille Messier et au Comité de la protection de la jeunesse;
— au docteur Marc Grenier, du ministère des Affaires sociales;
— au docteur Brenda Wattie, directrice de la Division de santé mentale du ministère Santé et Bien-être Canada;
— à l'Office des personnes handicapées du Québec et à sa présidente, Madame Laurette Champigny-Robillard;
— au Service de condition féminine du ministère des Affaires sociales;
— à Monsieur Robert Feger du Groupe international de recherches et d'actions pour l'enfance;
— à Monsieur Bernard Terrisse, docteur en psychologie, et Monsieur Gérald Boutin, docteur en psychopédagogie, de l'Université du Québec à Montréal;
— à la Commission des écoles protestantes du Grand Montréal;
— à la Fédération des cégeps;
— au docteur M. Carmen Plante, de l'Université de Montréal;
— au docteur Jean-François Saucier de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal;
— à Monsieur François Lagarde, coordonnateur du module Kino-Québec au Centre sportif du Collège Édouard-Montpetit;
— à la Fédération des Associations des familles monoparentales du Québec;
— à l'équipe du projet « Services juridiques populaires » (quartier Hochelaga-Maisonneuve);
— à l'Association des hommes séparés ou divorcés de Montréal inc.;
— au Regroupement des Maisons de jeunes du Québec;
— à Mesdemoiselles Martine Lévesque et Johanne Larrivée, étudiantes du Collège de Rimouski et promotrices du projet Situaide;
— à Monsieur Pierre Lacroix, m.pr. du Service de réadaptation sociale inc.;
— au Regroupement provincial des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence;
— à la Fédération des Unions de familles inc.;
— à l'Association des Grands-Frères et Grandes-Soeurs du Québec et à son agence « Les Grands-Frères et Grandes-Soeurs de Montréal inc. »;

— à la Fédération des Familles d'accueil du Québec;
— à la Division du Québec de l'Association canadienne pour la santé mentale;
— à Mesdames Francine Ouellette et Christine Berryman, de la filiale de Québec de l'Association canadienne pour la santé mentale;
— à la Maison des jeunes de l'est de Laval;
— au docteur J.-Luc Perron, psychiatre;
— à Madame Marie Larouche, de Jonquière;
— à Madame Rosy Bégin, auxiliaire bénévole de Chicoutimi;
— à Madame Diane Dumont, institutrice de Ragueneau (Saguenay);
— à Madame Marie-Anne Nardini, de Saint-Hyacinthe;
— à Madame Marie-Thérèse Robert, de Saint-Hyacinthe;
— à Monsieur Gilles Fortin, de Beaupré;
— à Madame Carole Désilets, du Centre de santé Lebel, à Lebel-sur-Quévillon;
— au docteur Grégoire Paré;
— à MM. Claude Henry, François Fradette, Ghislain Girard, Robert Godin, Fabien Harvey, Michel Turcotte et à Madame Louise Ste-Croix, psychologues, à Madame Mariette Gaudreault, éducatrice, à Monsieur Lucien Houde, cadre de commission scolaire, à Monsieur Guy Moffatt, chef d'unité de D.P.J., tous œuvrant dans la région du Saguenay — Lac-Saint-Jean;
— à Mesdemoiselles Dolorès Corbin et France Perron, respectivement de Les Hauteurs et de Saint-Gabriel de Matapédia;
— à Madame Louise Migneron, directrice du Département des sciences de la santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières;
— à Monsieur Raymond Champagne, directeur du Laboratoire de gérontologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

III *Ils adressent des remerciements très particuliers aux personnes qui ont réalisé pour eux des études ou qui leur ont fait parvenir des données*. Ces remerciements sont adressés:
— à Monsieur Pierre Baulu, pour son rapport sur l'École et la santé mentale;

— à Madame Claire Sylvestre, pour son rapport sur la dimension sociale des services de santé mentale pour les jeunes;
— à Madame Maria Nicoloff et à Monsieur Jacques Larin, pour leurs commentaires sur ce dernier rapport;
— au docteur Gloria Jeliu, pédiatre, pour son appui dans la préparation d'une partie du chapitre 5 de cet Avis;
— à Mademoiselle Marie-Josée Lessard, étudiante, pour son rapport sur l'efficacité de la prévention en santé mentale chez les moins de 18 ans;
— à Mademoiselle Caroline Moisan, étudiante, pour son rapport sur la formation à la prévention en santé mentale au Québec;
— à Monsieur Julien Naud, étudiant, pour son rapport sur les éléments culturels et la santé mentale des Québécois;
— à Madame Madeleine Rochon, du Service des études et politiques de santé du M.A.S., pour son rapport statistique sur les jeunes et la santé mentale;
— au Directeur de la police de la Communauté urbaine de Montréal et à celui de la ville de Québec pour les informations transmises;
— à Madame Micheline Blache-Gadbois et à Madame Gisèle Bédard, de la Direction générale des programmes de services sociaux du M.A.S., pour les renseignements transmis;
— à Monsieur Léandre Bilodeau, chef du Service de l'évaluation des services sociaux au M.A.S., pour les données transmises;
— au Conseil supérieur de l'éducation pour les rapports transmis;
— à Monsieur Marc Boulanger, du M.A.S., pour les renseignements remis;
— à Monsieur Christian Boutet, étudiant, pour ses nombreux rapports, pour sa participation aux rencontres et aux réunions des responsables de la préparation de cet Avis, pour l'important et efficace support accordé en vue d'assurer le bon fonctionnement de leur groupe de travail.

IV *Ils adressent enfin des remerciements aux personnes et aux organisations qui les ont appuyés de façons différentes, mais combien appréciées aussi dans la réalisation de leur mandat ou dans la mise en forme de leur Avis*. Ces derniers remerciements sont notamment adressés :

— à Monsieur Pierre Vendette, secrétaire du Comité de la santé mentale du Québec, pour sa participation aux réunions des responsables de la préparation de ce texte et pour ses nombreuses contributions à l'élaboration et à la mise en forme de cet Avis ;

— à Madame Marie-Claude Houde, pour sa contribution à la préparation du texte de cet Avis ;

— au docteur Marc Grenier, du Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, pour sa participation à la révision de la forme du texte final de cet Avis (et de son annexe) ;

— à Monsieur Robert Aubin, bibliothécaire à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, pour sa collaboration à la préparation de la bibliographie de ce document ;

— à toutes les revues du domaine des Affaires sociales, à tous les quotidiens, à tous les hebdomadaires, à toutes les stations radiophoniques ou de télévision pour leur support visant à favoriser la participation à la consultation publique réalisée ;

— à la Direction des communications du M.A.S. pour sa collaboration dans la production du matériel utilisé lors de la consultation publique ;

— et pour la dactylographie du texte de cet Avis, comme de tous les autres documents nécessaires à sa préparation, à Mesdames Colombe Barbeau et Dolorès Nolet-Gosselin, du Secrétariat du Comité de la santé mentale du Québec, à Madame Gervaise Duclos, du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, et d'une façon toute particulière à Mesdames Johanne Cousineau et Micheline Lamoureux de la Direction générale de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, de même qu'aux autorités de ce centre hospitalier qui ont rendu possible leur importante contribution.

Gouvernement du Québec
Ministère des Affaires sociales

Ce texte brosse un tableau des principaux facteurs qui influencent le développement et la qualité de la santé mentale des jeunes. On y insiste tout autant sur ce qui constitue et favorise la compétence à s'adapter que sur les situations de risque qui mettent en danger l'épanouissement psychosocio-affectif des enfants et des adolescents.

On y présente une vue d'ensemble des différents moyens, services et programmes mis à la disposition des jeunes et de leurs parents dans les réseaux de l'éducation et des affaires sociales.

On y traite de réalisations québécoises qui illustrent concrètement les interventions susceptibles de contribuer à transformer des situations ou des milieux de façon à ce qu'ils répondent davantage aux besoins de santé mentale des jeunes et de leurs familles.

Dans cet ouvrage, l'accent se trouve placé sur une approche globale des questions de santé mentale. On y discute des conditions qui sous-tendent l'action préventive et l'on y propose de nombreuses pistes permettant de l'orienter.

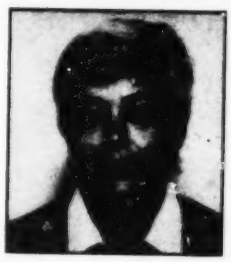
Imprimé au Québec, Canada

Laurent Houde

Pédopsychiatre
Hôpital Rivière-des-Prairies et Centre hospitalier du Haut-Richelieu

Guylaine Séguin-Tremblay, Ph.D.

Psychologue
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke



Michelle FitzGerald

Vice-présidente de l'association lavalloise de parents pour le bien-être mental (ALPABEM)

Maurice Roy

Directeur général
C.L.S.C. Samuel de Champlain

Mireille Lajoie

Pédiatre
Directrice du Département de santé communautai
Centre hospitalier Sainte-Marie